UNIVERSITÉ DE NANCY - FACULTÉ DE MEDECINE
1937-1938 N° 58

Abcès de l'utérus d'origine puerpérale

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 18 Juillet 1938

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médécine

PAR

ROLLET Roger-Paul

né le 26 Novembre 1912 à Audincourt (Doubs)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM.	HAMANT	professeur.....	Président
	BINET	professeur.....	Juges
	BODART	agrégé.....	Juges
	CHALNOT	agrégé.....	Juges

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical

NANCY — IMPRIMERIE DU CENTRE
20, rue Saint-Nicolas, 20
— 1938 —

UNIVERSITÉ DE NANCY - FACULTÉ DE MEDECINE
1937-1938 N° 58

Abcès de l'utérus d'origine puerpérale

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 18 Juillet 1938

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médécine

PAR

ROLLET Roger-Paul

né le 26 Novembre 1912 à Audincourt (Doubs)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM.	HAMANT	professeur.....	Président
	BINET	professeur.....	Juges
	BODART	agrégé.....	
	CHALNOT	agrégé.....	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical

NANCY — IMPRIMERIE DU CENTRE
20, rue Saint-Nicolas, 20
— 1938 —

FACULTE DE MEDECINE DE L'UNIVERSITE DE NANCY

Doyen : M. L. SPILLMANN, C ✻, I ✪.
Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, ✻, I ✪; WEISS, O ✻, I ✪; BOUIN, O ✻, I ✪; ANCEL, ✻, I ✪; GARNIER, ✻, I ✪; MACÉ, ✻, I ✪; P. PARISOT, O ✻, I ✪; DUFOUR, ✻, I ✪; HOCHE, O ✻, I ✪; FROELICH, ✻, I ✪; LAMBERT, ✻, I ✪.

Professeurs :

Clinique des malad. syph. et cutanées	M. L. SPILLMANN, C ✻, I ✪.
Clinique obstétric. et Accouchements	M. A. FRUHINSHOLZ, O ✻, I ✪.
Clinique d'oto-rhino-larygologie. ...	M. P. JACQUES, ✻, I ✪.
Clinique de chirurgie urinaire.....	M. P. ANDRÉ, O ✻, I ✪.
Histologie.....	M. R. COLLIN, ✻, I ✪.
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, O ✻, I ✪.
Clinique médicale	M. L. RICHON, ✻, I ✪.
Chimie médicale.....	M. H. ROBERT, ✻, I ✪.
Clinique médicale	M. M. PERRIN, ✻, I ✪.
Hygiène et médecine préventive....	M. J. PARISOT, C ✻, I ✪.
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, ✻, I ✪.
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, ✻, I ✪.
Physiologie	M. SANTENOISE, ✻, ⚷, ⚷, A ✪.
Clinique des maladies des enfants..	M. L. CAUSSADE, ✻, I ✪.
Bactériologie et parasitologie médic.	M. DE LAVERGNE, ✻, I ✪.
Thérapeutique	M. SIMONIN, I ✪,
Clinique gynécologique.....	M. BINET, ✻, I ✪.
Pathologie chirurgicale.....	M. BARTHELEMY, ✻, I ✪.
Anatomie pathologique	M. WATRIN, ✻, I ✪.
Hydrologie	M. L. MERKLEN, I ✪.
Professeurs sans chaire.....	M. L. JOB, ✻, I ✪.

Chargés de Cours Complémentaires :

Clinique des maladies tuberculeuses	M. ABEL, ✻, I ✪, agrégé. M. P. SIMONIN, I ✪, professeur.
Pathologie générale	M. DROUET, I ✪, agrégé.
Clinique gynécologique.....	M. A. BINET, ✻, I ✪, professeur.
Thérapeutique chirurgicale et technique opératoire.....	M. GUILLEMIN, A ✪, agrégé.
Clinique des maladies contagieuses..	M. DE LAVERGNE, ✻, I ✪, profes.
Clinique des vieillards	M. DROUET, I ✪, agrégé.
Propédeutique dermatologique	M. WATRIN, ✻, I ✪, professeur.
Pathologie externe	M. M. BARTHELEMY, ✻, I ✪, prof.
Electrothérapie et radiologie	M. G. LAMY, ✻, I ✪, ch. d. c., ag. l.
Accouchements (cours théorique) ..	M. JOB, ✻, I ✪, prof. sans chaire.
Obstétrique	M. VERMELIN, ✻, I ✪, agrégé.
Clinique et propédeutique chirurgic.	M. CHALNOT.
Clinique propédeutique médicale ...	M. KISSEL, agrégé.
Anatomie et Médecine légale	M. MUTEL, ✻, I ✪, agrégé.
Pathologie interne	M. ABEL, ✻, I ✪, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. HAMEL, ✻, docteur.
Education physique (1)	M. L. MERKLEN, I ✪, professeur.
Clinique neurologique (1)	M. MICHON, docteur.
Propédeutique O.-R.-L. (1)	M. AUBRIOT, ✪, docteur.
Parasitologie	M. DOMBRAY, ✪, docteur.

Agrégés en exercice :

MM. FLORENTIN, ✻. BODART. CHALNOT.	MM. WOLFF, A ✪. MELNOTTE, O ✻ MUTEL, ✻, I ✪. VERMELIN, ✻, A ✪	MM. GUILLEMIN, A ✪ ABEL, ✻, A ✪. DROUET, A ✪. KISSEL.

Agrégés libres :

MM. G. GROSS, ✻, I ✪; S. RÉMY, I ✪; BUSQUET, I ✪; LAMY, ✻, I ✪.
M. E. TRIBOLET, I ✪, secrétaire.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver, ni les improuver.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Bien faible témoignage de ma vive reconnaissance et de ma profonde affection.

MA FIANCÉE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR HAMANT

Professeur de Clinique chirurgicale,
Chevalier de la Légion d'honneur.

Témoignage de notre respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A NOS JUGES

M. LE PROFESSEUR BINET

Professeur de Clinique gynécologique,
Chevalier de la Légion d'honneur.

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de juger ce travail.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHALNOT

A qui nous devons le sujet de cette thèse et qui nous a guidé avec tant de bienveillance au cours de son élaboration. Qu'il veuille bien accepter le témoignage de nos vifs remerciements.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BODART

En le remerciant d'avoir bien voulu juger ce travail.

A M. le DOCTEUR LEDOUX

Directeur de l'Ecole de Médecine de Besançon

Médecin-Chef de l'Hôpital Saint-Jacques,

Chevalier de la Légion d'honneur.

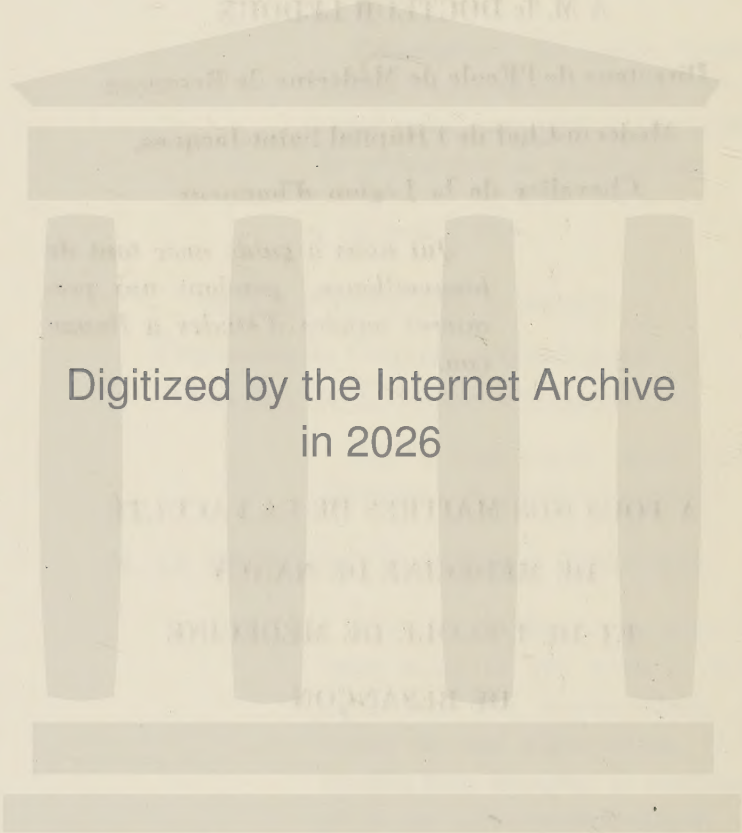
Qui nous a guidé avec tant de bienveillance, pendant nos premières années d'études à Besançon.

A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTÉ

DE MÉDECINE DE NANCY

ET DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

DE BESANÇON



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547411_0030

INTRODUCTION

On appelle abcès de l'utérus une collection purulente enkystée dans le parenchyme utérin. Cette affection a été longtemps considérée comme rare, pour ne pas dire exceptionnelle, et peu digne d'intérêt de par la confusion qu'on en faisait avec l'infection puerpérale en général.

La gravité des complications qu'elle entraîne (complications qui sont d'ailleurs de règle si l'on n'intervient pas précocement) comme celle du pronostic qu'elle comporte en elle-même, sa fréquence relative dans les suites du post-partum et du post-abortum en font, au contraire, actuellement une question de premier plan, objet de plusieurs travaux échelonnés sur ces dernières années.

Nous voudrions en faire le point à l'occasion d'un cas particulièrement intéressant recueilli par MM. les professeurs HAMANT et CHALNOT. Nous les prions de trouver l'expression de notre respect et de notre vive gratitude au début de ce travail qu'ils ont inspiré et dont le mérite, si l'on veut bien nous en trouver, leur revient.

Après un court aperçu sur les abcès de l'utérus en général, nous passerons à l'étude des abcès d'origine puerpérale éliminant ceux de la jeune fille ou de la femme en dehors de la puerpéralité. Après quelques mots rappelant l'historique de la question, nous verrons l'étiologie, la pathogénie et l'anatomie pathologique de l'abcès utérin, sa symptomatologie, son évolution et ses complications et, plus particulièrement, sa rupture en péritoine libre, celle-ci posant au point de vue du diagnostic et du traitement des problèmes du plus vif intérêt.

Quelques observations recueillies dans la littérature, jointes à celle qui fait l'objet de cette thèse, illustreront cette étude.

Généralités sur les abcès utérins

L'abcès de l'utérus, longtemps ignoré et nié même par certains auteurs (P. Delbet en 1889) n'est pas une affection aussi exceptionnelle qu'on le croit généralement, puisque Otto von Franque en a publié 16 cas, Mercadé, dans sa thèse en 1914, 41 cas non douteux.

Sur 264 hystérectomies pour infection puerpérale, Wormser a trouvé 57 abcès utérins vrais et Virdis en a relevé 65 cas dans la littérature médicale en 1927 (Ann. Obstétr. et Gynéc. de Milan, décembre 1927).

Il n'est donc pas exceptionnel. C'est une affection rare tout simplement.

Cette affection se rencontre exceptionnellement en dehors de la puerpéralité, et dans ces conditions elle reconnaît comme causes :

1° D'abord les divers kystes utérins susceptibles de suppurer :

a) *Kystes embryonnaires* dus à des débris mullériens ou plus souvent wolffiens. Ces kystes siègent surtout dans la portion sus-vaginale du col (alors que la plupart des abcès utérins puer-

péraux siègent au niveau des cornes ou du fond de l'utérus).

b) *Kystes folliculaires du col* (ou œufs de Naboth) ; ils peuvent suppurer ainsi que *les kystes muqueux* qui surviennent en général après la ménopause. Ces abcès sont très rares.

c) *Kystes sanguins suppurés* (qu'on se trouve en présence d'hémorragie intrakystique — ou en présence d'un kyste angiomateux).

d) *Kystes hydatiques* — rares d'ailleurs (il en existe 18 observations, mais de kystes non suppurés). Ils sont le plus souvent secondaires.

e) Pettit et Pichevin relatent un cas de *kyste dermoïde* ayant donné un abcès utérin.

2° Les infections (métrite aiguë gonococcique ou non). Mais les abcès ainsi formés sont exceptionnels en dehors de la puerpéralité. L'infection favorise l'apparition d'abcès post-partum ou post-abortum, c'est incontestable.

On ne signale pas d'abcès utérins consécutifs à une métrite chronique.

3° L'infection tuberculeuse primitive (trois cas) ou secondaire (deux cas) dans la thèse de Mercadé (Paris, 1905-1906).

4° Les abcès utérins provenant de fibromes ou cancers gangrénés et sphacélés ne sont pas des exceptions.

Au cours de la puerpéralité, au contraire, les abcès utérins sont plus fréquents. Leur diagnostic est souvent très difficile. Ce sont là, déjà, deux raisons suffisantes pour aborder leur étude et mettre au point la question de leur traitement.

HISTORIQUE

Si on peut mettre en doute les observations anciennes d'abcès utérins qui ont été confondus avec des abcès pelviens ou annexiels, il est difficile de nier les observations de Guillemeau en 1643 ou de de La Mothe en 1765. Les cas cités par Van Swieten en 1770 et Bajon en 1779 sont pour le moins douteux. Mais Portal, en 1803, Gendoin, en 1805, Jacobi, en 1836, Lisfranc et Chassaignac, en 1859, en rapportent quelques cas authentiques. C'est surtout depuis Saxinger, en 1869, et J.-C. Championnière, en 1870, que l'attention fut attirée sur cette affection.

Pourtant, en 1889, Pierre Delbet écrivait : « Il n'existe peut-être pas un seul cas de véritable abcès de l'utérus. »

En 1900, Brindeau publiait une observation (citée par Mondor dans « Les avortements mortels ») que nous pouvons résumer ainsi :

Une jeune femme sans passé pathologique, enceinte de 3 mois fait, dit-elle, une chute le 30 janvier. Le 31 elle expulse un embryon. Le 1er février : température 37°5, subictère, abdomen douloureux non ballonné, utérus gros peu douloureux. Le 2 février, curettage. Le 3 février, état général grave, abdomen douloureux

à la pression, mais non ballonné. Le 4 février, la femme meurt.

L'autopsie révélait une inondation du péritoine par un pus noirâtre qui s'écoulait d'une volumineuse tumeur de l'utérus. L'incision de l'utérus montrait un abcès de la paroi utérine.

Cette observation typique et sûre posait le problème de l'individualisation de l'abcès dans le tableau de l'infection puerpérale et de ses indications opératoires.

La même année, un auteur allemand, Otto von Franque, en réunit deux observations certaines.

En 1906, un travail d'ensemble paraît sur la question. C'est la thèse de Mercadé qui cite 41 observations non douteuses, dont 5 d'abcès tuberculeux.

De 1907 à 1930, de nombreuses études sont publiées en France et à l'étranger, qui sont dues, dans l'ordre chronologique à Noble (qui recueille 19 observations dont 8 personnelles), à Kuss, à Sauvé (thèse de Bordeaux, 1907-1908), qui cite 14 observations d'abcès post-partum, 3 d'abcès post-abortum et 3 observations douteuses, à Sampson, Barraws, Anderodias, Loubat, Harrigan.

En 1914, Roy (thèse de Paris), rapporte 65 observations d'abcès utérin :

5 sont incomplètes (sans traitement ou sans suites opératoires) ;

20 d'abcès non opérés (une guérison) ;

2 d'abcès de la portion intra-vaginale (ouverts par le vagin), 2 guérisons ;

4 d'abcès suivis d'hystérectomie vaginale ; 1 guérison ;

12 d'abcès suivis d'hystérectomie abdominale; 10 guérisons;

22 d'abcès avec incision abdominale et drainage par la même voie; 19 guérisons, 2 récidives guéries par hystérectomie secondaire.

Puis Stein, Reeb, Wilmoth, Schneider, Feiner et Haller étudient la question. En 1927, Virdis en a relevé 65 cas dans la littérature.

En 1930, dans sa thèse de Strasbourg, Haubtmann apporte une observation personnelle et une observation du professeur Reeb.

En 1930, B. Ottow, Trancu et Rainer, Ciabo, Tomaseli et Henckel en publient de nouveaux cas.

En 1932, Pierre Lejeune publie 58 observations d'abcès utérins et s'attache à individualiser la symptomatologie de cette affection pour en fixer la thérapeutique propre.

Depuis lors, plusieurs publications ont été faites à ce sujet par Lifvendahl (1932, abcès de l'utérus, guérison. Am. J. Obst. and Gynec.), C. Jeannin et Chome (Presse Médicale, 1935). Gamoiu, Platareanu et Dimitriu citent un cas d'abcès froid tuberculeux de l'utérus (Bucarest Spitatul, octobre 1936). Mondor (1936) lui consacre un chapitre de son remarquable ouvrage sur les avortements mortels. En mars 1936, MM. les professeurs Hamant et Chalnot rapportent une observation d'abcès utérin à la Société d'Obstétrique et Gynécologie de Paris.

Enfin en février 1937, J. Meyer, May et Fonthat-Tung, dans le Bull. Soc. Méd. Chir. d'Indochine, rapportent un cas d'abcès intra-musculaire de l'utérus.

ETIOLOGIE

L'abcès de l'utérus d'origine puerpérale est-il une complication, une localisation, de l'infection puerpérale préalablement établie ou est-il un accident primitif? Est-il lié à un traumatisme, ou l'agent pathogène s'est-il introduit par voie veineuse? Ce sont des problèmes discutés par tous les auteurs qui se sont intéressés à la question.

Influence de la puerpéralité. — Les abcès utérins apparaissent surtout pendant la vie génitale de la femme et surviennent aussi bien après une grossesse tout à fait normale qu'après une gestation pénible et plus ou moins pathologique (Obs. VII).

Influence de l'accouchement (traumatisme-infection). — Il semble que l'accouchement agisse moins par le traumatisme provoqué que par l'infection qui peut lui faire suite, même s'il a été tout à fait normal. C'est le cas pour la plupart de nos observations et les statistiques sont en accord avec notre opinion. On ne rencontre en effet que 25 % d'accouchements laborieux, par manœuvres instrumentales ou manuelles, à l'origine d'abcès utérins post-partum. Ces incidents ne sem-

blent agir d'ailleurs — rôle bien connu — qu'en favorisant l'infection puerpérale.

Pour Virdis, par exemple, l'infection puerpérale peut être mise en cause dans 80 % des cas.

Influence de l'avortement. — Dans les cas d'abcès utérins post-abortum, au contraire, il semble bien que l'on puisse admettre le traumatisme comme facteur étiologique important, l'infection puerpérale venant se greffer directement sur les points lésés, et les germes étant portés au centre même de la place où se formera l'abcès.

C'est l'avis de Lejeune, de Mondor, avis appuyé d'ailleurs sur des constatations anatomo-pathologiques précises.

On pourrait s'attendre à rencontrer une plus grande fréquence d'abcès utérins post-abortum que d'abcès post-partum puisque, dans l'abortus, traumatisme et infection sont réunis au maximum. Il n'en est rien cependant :

Sur 35 cas (relatés par Mercadé) d'abcès utérins, nous avons relevé :

18 cas d'abcès post-partum;

6 cas d'abcès post-abortum;

6 cas d'abcès consécutifs à une vaginite et une métrite gonococcique ou non (dont 4 après grossesse) ;

2 cas d'abcès consécutifs à un néoplasme gangréné;

1 cas d'abcès dû à des érosions du col (?).

2 cas d'abcès douteux.

Comment expliquer ce fait qui paraît paradoxal ?

Peut-être par la distension de l'utérus à terme et la vaste étendue de la plaie placentaire après la déli-

vrance. Peut-être aussi l'utérus fatigué par une grossesse et par l'accouchement se défend-il moins bien contre l'infection.

Influence de la multiparité. — Les grossesses antérieures jouent un rôle non négligeable dans l'apparition de l'abcès de l'utérus. En effet, d'après nos observations, nous verrons qu'il s'agissait de cinq primipares (Obs. 2, 3, 7, 9, 10) et de 11 multipares dont la plupart en étaient à leur troisième, quatrième et même cinquième grossesse.

Nos recherches nous ont permis d'établir des statistiques sur des cas plus nombreux. Sur 92 cas que nous avons étudiés, on note une proportion de 65 à 70 % de multipares.

PATHOGENIE

L'agent responsable de cette affection est presque toujours le streptocoque de l'infection puerpérale, bien qu'on ait trouvé dans le pus du gonocoque, du colibacille, du perfringens et des anaérobies.

Sauvé (Th. Borbeaux, 1907-1908) estime que le germe infectieux est porté en plein muscle utérin, faisant jouer ainsi un rôle prépondérant au traumatisme (abortus, forceps, manœuvres, etc.).

Pour Roy (Th. Paris, 1913-1914), c'est l'endométrite puerpérale qui se propage, souvent à la faveur d'une plaie utérine, par voie veineuse ou lymphatique.

Championnière n'admet que l'existence d'abcès lymphatiques.

A notre avis, les phlébites suppurées et les thromboses veineuses rencontrées au cours de l'évolution d'abcès utérins, prouvent que, si la voie lymphatique est plus généralement en cause, l'agent pathogène suit parfois la voie veineuse.

Le streptocoque ayant, dit Franque, peu de tendance à former du pus, on comprend la rareté de l'abcès utérin comparativement à l'extrême fréquence de l'endométrite puerpérale.

D'autre part, le fond et les cornes du muscle utérin étant riches en lymphatiques, on ne sera pas étonné d'y trouver le plus grand nombre des abcès utérins (Kuss).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1° *Forme et siège.* — L'abcès utérin se présente au point de vue anatomique sous la forme d'une poche généralement arrondie, située soit dans l'épaisseur même du tissu musculaire, soit sous la muqueuse ou sous le péritoine viscéral. Bien qu'on en rencontre dans les observations dont nous avons eu connaissance, en tous les points de l'utérus, le col, le fond, l'isthme, c'est principalement au niveau des cornes qu'on le trouve. C'est un abcès de la corne droite que présentait notre malade.

Dans les 16 observations citées plus loin, on trouve :

5 abcès du fond (Obs. 2, 5, 7, 12, 15) ;

3 abcès de la face antérieure (Obs. 2, 7, 9) ;

3 abcès au niveau de l'isthme (Obs. 2, 11, 16) ;

2 observations d'abcès disséminés (8 et 13 ; dans cette dernière, prédominance sur le fond et l'isthme) ;

8 abcès des cornes utérines (Obs. 1, 3, 4, 6, 7, 10, 11, 14).

De plus, dans trois de ces cas, il existait deux abcès un au niveau de chaque corne (Obs. 4, 10, 11).

Ce qui nous donne 11 abcès des cornes utérines pour 5 abcès du fond, 3 abcès du corps et 3 abcès isthmiques.

2° *Nombre.* — Généralement unique, mais on peut en trouver deux, trois et plus (30 à 40 % d'abcès multiples suivant les estimations). Nous avons cité 9 cas d'abcès unique sur 16, ce qui répond aux chiffres énoncés plus haut. Dans les 7 cas d'abcès multiples, nous avons rencontré :

2 fois 2 abcès (Obs. 4 et 10) ;

3 fois 3 abcès (Obs. 2, 7, 11) ;

2 fois des abcès très nombreux (Obs. 8, micro-abcès), (Obs. 13, abcès nettement visibles siégeant surtout sur le fond et sur l'isthme).

3° *Volume. Contenu.* — De dimensions extrêmement variables, on peut trouver des micro-abcès, des abcès de 20 à 90 cc. (cas les plus fréquents) et même de 500 cc. (cas exceptionnel de Schneider).

Le cas d'abcès gangréneux à perfringens ou à anaérobies mis à part, on y trouve un pus jaune ou jaune verdâtre bien lié, non fétide. Parfois cependant le pus est plus dur, s'écrasant sous les doigts.

4° *Paroi.* — Elle est formée en totalité par le parenchyme utérin dans les cas d'abcès intramusculaires, en partie seulement dans les abcès sous-muqueux ou sous-séreux.

5° *Lésions de voisinage.* — L'utérus toujours intéressé par l'infection est mou et plus gros qu'à l'ordinaire. Il peut être l'objet d'une infiltration leucocytaire intense et même d'une infiltration microbienne. Il est parfois le siège de dégénérescence graisseuse.

La participation à l'infection des organes voisins est la règle en ce qui concerne le péritoine pelvien, qui coiffe généralement la région abcédée; de même l'épiploon. Cette réaction péritonéale est bien entendu nulle ou minime au cas d'abcès sous-muqueux. Elle est très fréquente et souvent intense au cours des abcès intramusculaires, et ne fait qu'exceptionnellement défaut si l'abcès est sous-séreux.

Dans l'observation n° 10, au cours d'abcès superficiels cependant ,le péritoine avait peu réagi.

La vessie et le grêle sont parfois accolés à l'utérus par des adhérences inflammatoires et peuvent réagir en donnant des symptômes de cystite ou d'entérite. Si le rectum est intéressé par l'infection, la malade présentera souvent des signes de rectite.

Les annexes ne semblent pas participer fréquemment à l'infection, bien que certains auteurs aient voulu voir souvent dans l'abcès utérin une extension vers le corps d'une salpingite suppurée primitive. La statistique des cas observés ne permet pas de penser qu'il en soit ainsi. En nous reportant à nos seules observations, on peut établir que 11 fois sur 16 les annexes étaient saines, indemnes de toute infection. Dans deux cas, l'examen des pièces révéla une infiltration leucocytaire banale avec œdème (Obs. 3, 8) et dans les trois autres cas, il existait un pyosalpinx (Obs. 5, 6, 7). On a relevé aussi (Obs. 15) un abcès du paramètre droit, mais les annexes étaient saines.

6° *Evolution anatomique.* — L'abcès peut-il se résorber ? Il ne le semble pas. La rupture est la règle, vers la cavité utérine dans les cas d'abcès sous-mu-

queux surtout (Obs. 15 et 16), vers la cavité péritonéale dans les formes sous-séreuses et intra-musculaires.

Lorsque le péritoine n'a pas ou a peu réagi, l'ouverture se fait en péritoine libre, provoquant une péritonite généralisée.

Si, au contraire, la cavité est cloisonnée par des fausses membranes et des adhérences solides, la rupture de l'abcès provoquera une péritonite localisée de pronostic immédiat moins sombre que celui de la péritonite généralisée.

Cette issue de pus dans la cavité abdominale détermine donc toujours une péritonite qui, pour être moins grave que la péritonite généralisée puerpérale primitive, n'en comporte pas moins un pronostic extrêmement sévère et des indications opératoires précises.

C'est cette complication de l'abcès qui en fait le principal intérêt, car beaucoup plus rarement, il s'ouvrira dans la vessie ou le rectum, produisant une cystite rebelle et douloureuse ou une rectite interminable par insuffisance de drainage de l'abcès (Obs. de Berry).

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC POSITIF

L'étude des observations relativement nombreuses d'abcès utérins, publiées à ce jour (65 pour Virdis en 1927) (92 relevées par nous-même) permet de constater que le diagnostic n'en avait été fait que très rarement. Le plus souvent l'abcès est une découverte d'autopsie ou d'intervention pour péritonite déjà déclarée. Dans nos 16 observations, une seule fois le diagnostic fut posé (Obs. 2)et après plusieurs erreurs.

Aussi la mortalité par abcès utérin est-elle à ce jour, d'après C. Jeannin, de 75 %.

Ce diagnostic est-il donc impossible à poser, comme le pensaient Kuss et Mercadé? Non. « La gravité tient surtout à notre myopie; si nous savions diagnostiquer tôt, nous guéririons les malades atteintes d'abcès de l'utérus. »

Il importe donc de fixer la symptomatologie de cette affection et ce n'est pas chose facile.

1° *Période de début.* — Les premiers symptômes apparaissent en général dans les jours qui suivent l'accouchement ou l'avortement, très souvent au cours

du premier septennaire. Pour Murat, il faudrait attendre la deuxième semaine. Dans les observations que nous avons recueillies :

On n'a pu préciser l'histoire de la maladie dans 2 cas (Obs. 6 et 11) ;

10 fois les premiers signes apparurent durant les 7 jours qui suivirent l'accouchement ou l'avortement;

3 fois le début fut tardif (Obs. 1, 3, 12) ;

Pourtant dans la première observation, la malade se plaignait de douleurs abdominales à droite depuis le dixième jour après l'accouchement.

Dans l'observation 3 (péritonite généralisée au 20e jour), la femme se sentait fatiguée sitôt après l'accouchement.

Dans l'observation 12 (péritonite 3 mois après l'accouchement), la femme avait gardé le lit pendant 4 semaines.

Les suites de couches n'étaient donc pas normales dans ces 3 cas et en réalité l'abcès avait débuté précocement, mais avait évolué lentement et à bas bruit.

Enfin une autre fois (Obs. 9), les symptômes furent tardifs : 6 semaines après un accouchement tout à fait normal et des suites de couches normales également.

Cette observation est la seule vraie en somme où l'abcès a eu un début tardif. C'est là une particularité intéressante à noter, mais dont nous ne pouvons guère fournir l'explication.

Quels sont ces symptômes ? — Au début du mois, on se trouve en présence d'un tableau qui rappelle beaucoup celui de l'endométrite, de la métrite puer-

pérale aiguë : après un accouchement difficile (forceps, version, délivrance artificielle, curage digital) ou plus souvent après un accouchement tout à fait normal, la fièvre apparaît avec accélération du pouls, qui reste bon cependant. Souvent quelques frissons légers et répétés accompagnent l'élévation thermique.

Les lochies deviennent plus abondantes, parfois fétides. Souvent quelques pertes sanglantes surviennent, mais peu abondantes (Obs. 2, 5, 8, 13).

Une douleur hypogastrique sourde apparaît, spontanément, qui devient aiguë à la palpation. L'utérus resté gros est douloureux; son col est mou.

Ce tableau n'aurait rien de très alarmant s'il cédait à la glace, aux injections, à la vaccinothérapie et aux antiseptiques généraux.

2° *Période d'état.* — Ces divers signes s'exagèrent, et si on pratique un examen approfondi, on trouvera :

A la palpation : un point douloureux précis et fixe qui correspond à l'abcès. C'est le signe capital (M. Chomé). L'absence de foyer infecté lointain ou péri-utérin doit déjà faire penser à une collection proprement utérine.

Une tuméfaction, une « déformation utérine », dit Mondor, est souvent perceptible. « Quand l'abcès est unique (et c'est le cas le plus fréquent) on peut sentir, à la surface de l'utérus gros et dépassant le pubis, une voussure ronde ou un peu aplatie, donnant au palper une sensation analogue à celle d'un fibrome petit et profondément situé, mais plus élastique et à bords moins définis » (G. Noble).

L'examen au spéculum permet parfois de voir la saillie formée par un abcès bas situé, ou bien encore un col œdématié.

Au toucher, le col est mou et béant; on peut aussi percevoir la voussure ou la fluctuation d'un abcès de la partie basse de l'utérus.

Le toucher et le palper combinés permettent souvent de constater l'existence d'une masse fluctuante, soit en arrière de l'utérus, soit plus fréquemment au niveau des cornes latérales et bombant dans le Douglas et les culs-de-sac latéraux; masse douloureuse qui fait corps avec l'utérus.

L'utérus est parfois déplacé par la tumeur, on ne s'étonne pas alors de voir poser le diagnostic de pyosalpinx (Obs. 3, 4, 5).

Signes accessoires. — Quelques autres signes accompagnent fréquemment les symptômes précédents. Ce sont :

de la dysurie;

du ténesme vésical (Obs. 5 par ex.), dans le cas d'abcès de la paroi antérieure;

des troubles de la défécation, soit diarrhée, soit constipation, dans le cas d'abcès postérieurs. Il n'y a pourtant jamais arrêt complet des matières et des gaz. On trouve aussi du ténesme rectal.

On rencontre exceptionnellement des vomissements dans les cas d'abcès non rompu (Obs. 10).

Il arrive parfois que ces différents signes s'atténuent presque jusqu'à disparaître : la malade va mieux semble-t-il.

Pourtant, il en est un qui persiste et que l'on trou-

vera toujours en le recherchant avec soin, c'est la douleur spontanée et surtout provoquée. Cette douleur, dit Chomé, n'est pas la sensibilité utérine trouvée au cours de toute endométrite puerpérale, mais c'est une douleur vive, que la moindre palpation, le moindre effleurage révèlent et qui est parfois accompagnée de défense et d'immobilité respiratoire sous-ombilicale, sans qu'il y ait eu rupture de l'abcès.

L'examen du sang ne révèle rien de particulier. Il montre comme au cours des infections et suppurations en général une leucocytose à 15 ou 20.000 globules blancs au mm3 et une polynucléose de 80 à 85 %.

La réunion des symptômes, température, douleur utérine à point précis, tuméfaction plus ou moins sensible à l'exploration bi-manuelle, leucocytose, annonce le danger.

Si l'on ne veut pas se trouver en présence du fait accompli : l'abcès rompu, c'est le moment d'intervenir, particulièrement dans le cas d'abcès bien collecté et d'accès assez facile.

En tous cas, et pour le moins, une expectation armée s'impose.

EVOLUTION. COMPLICATIONS.

L'abcès collecté ne guérit pas par lui-même. Tous les cas abandonnés à eux-mêmes ont eu une issue fatale (Obs. 10, 11, 12, 15, 16) ; 5 cas sur 5 dans les 20 observations publiées par Sauvé; 16 cas de mort rapportés par Lejeune concernant des femmes chez qui le diagnostic n'avait pas été fait ou l'état général très mauvais avait contre-indiqué l'intervention.

La complication de beaucoup la plus fréquente est la rupture.

a) Mais il est des cas où la malade meurt sans que l'abcès se soit rompu. Reeb (in thèse Haubtmann), cite le cas d'une femme entrée à l'hôpital avec signes d'infection grave et morte peu après par toxémie.

b) Ou bien la suppuration s'étend, créant une péritonite suppurée circonscrite ou généralisée et mortelle.

c) La mort peut être due à des métastases et à l'hecticité qui accompagne toute longue suppuration.

d) Nous rapportons une observation d'Andérodias et Péry (N° 10), qui nous montre une femme morte par embolie au quatorzième jour.

e) Enfin Le Lorier cite un cas de phlegmatia com-

pliquant un abcès utérin diagnostiqué pourtant et traité par hystérectomie totale avant la rupture.

L'ouverture spontanée de la collection reste néanmoins la règle. Elle est d'un pronostic moins sévère s'il s'agit d'un abcès sous-muqueux qui s'ouvre dans la cavité utérine ou d'un abcès du col s'ouvrant dans le vagin.

Cette rupture dans la cavité utérine est plus fréquente dans le cas d'abcès post-abortum (ex. Obs. 15 et 16).

Ce fait est peut-être le corollaire naturel du traumatisme qui accompagne presque toujours l'avortement criminel.

Dans ces deux cas, l'abcès peut se vider complètement et facilement et le traitement médical sans intervention pourra donner de bons résultats.

Souvent le drainage est insuffisant et une intervention est nécessaire.

Mais nous avons vu que l'abcès est beaucoup plus souvent situé sur le fond ou les cornes utérines, et sous-séreux ou intramusculaire, que sur le col et sous-muqueux. C'est pourquoi la rupture constitue malgré tout une complication grave.

La plupart des décès lui est imputable.

Dans nos observations, nous avons relevé 9 exitus. Dans ces 9 cas mortels, il s'agissait 7 fois d'abcès rompu dont 2 rompus et ouverts dans l'utérus (Obs. 15 et 16) et post-abortum, et pour lesquels on n'intervint pas.

Les deux autres cas furent suivis de mort par toxémie (Obs. 8) et par embolie (Obs. 10) et non par suite de rupture.

La rupture en péritoine libre se signale généralement par un début brusque, une évolution brutale avec un tableau clinique qui est celui de l'appendicite perforante, du pyosalpinx rompu, de l'abcès du Douglas perforé.

La malade soignée pour métrite, pour infection puerpérale présente brusquement des douleurs abdominales violentes, un pouls accéléré. Elle vomit.

On trouve à l'examen une température qui s'élève progressivement à 39°, 39°5, 40°, un pouls qui grimpe à 110, 120, 140 et plus.

La femme a un faciès grippé, tiré. La palpation du ventre montre une contracture, difficilement perceptible au début, et localisée, mais qui se généralise rapidement, donnant le ventre de bois, et cela d'autant plus qu'on est plus éloigné de l'accouchement et que les muscles de la paroi abdominale ont repris plus de tonicité.

Les vomissements et les nausées sont constants (vomissements porracés). La malade accuse soit un arrêt complet des matières et des gaz, soit une diarrhée dysentériforme avec épreintes imputables à l'irritation rectale.

La douleur spontanée est vive, répartie sur tout l'abdomen, parfois haute, épigastrique, ou localisée à un hypocondre. On constate une hyperesthésie cutanée très douloureuse. Le toucher vaginal montre des culs-de-sac libres, mais un utérus gros, très douloureux.

En résumé, les nausées et les vomissements, la température, le pouls rapide, le faciès grippé, la contrac-

ture abdominale et la douleur signent une péritonite généralisée.

L'abcès peut s'ouvrir ailleurs que dans le péritoine. Des adhérences inflammatoires ont pu accoler l'utérus à la vessie, au colon ou au rectum et c'est dans ces viscères que se videra l'abcès. Il se produit alors une amélioration passagère, qui n'enlève rien, d'ailleurs, de sa gravité au pronostic (Nous n'avons pas d'observation de ce genre).

L'ouverture dans la vessie entraîne une dysurie et une pyurie intense; le pronostic en est grave.

Une diarrhée profuse avec émission de selles purulentes fera penser à une ouverture de l'abcès dans le rectum (Obs. de Berry).

Là encore, le drainage souvent insuffisant rend le pronostic très sombre si l'on n'intervient pas.

L'abcès pourrait, d'après certains auteurs, se faire jour à la peau. Mais dans les cas cités s'agissait-il vraiment d'abcès de l'utérus? Hermann cite un cas d'abcès apparemment utérin ouvert à l'ombilic. Kirk-Patrick également. On cite aussi (Guzzo) un cas d'ouverture avec rupture de l'utérus ayant entraîné la mort.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Diagnostic de l'abcès utérin non rompu.

En présence du tableau clinique présenté par l'abcès utérin :

Température, douleur utérine à point fixe et précis, tuméfaction plus ou moins sensible à l'exploration bi-manuelle, leucocytose, ne peut-on s'égarer sur un autre diagnostic ?

A. — D'après les signes locaux on pourrait penser à :

1° L'abcès du Douglas. Il est bien localisé et l'anamnèse facilite le diagnostic.

2° Nous avons vu que la présence d'une tuméfaction juxta-utérine bombant dans le Douglas et les culs-de-sac latéraux faisait souvent porter à tort le diagnostic de pyosalpinx. La fréquence du pyosalpinx post-partum et post-abortum et la rareté de l'abcès utérin facilitent encore cette méprise. Ce diagnostic est des plus délicats.

L'exploration bimanuelle révèle au cours de l'abcès utérin une tuméfaction fluctuante qui fait corps avec un utérus gros et douloureux.

Le point douloureux est précis et fixe.

Le pyosalpinx donne plus souvent l'impression d'une masse uctuante plus latérale et plus élevée, que l'on peut distinguer d'un utérus pas spécialement dou-

loureux. Le siège de la douleur à la pression est plus vague et celle-ci occupe une région abdominale plus étendue.

Trois de nos observations relatent d'ailleurs la coexistence de pyosalpinx et d'abcès utérin (Obs. 5, 6 et 7).

3° Le diagnostic de phlegmon du ligament large est aussi posé à tort (Obs. 2 et 13).

Le phlegmon du ligament large donne au toucher et palper combinés la sensation d'une masse transversale s'étendant vers la fosse iliaque et qui semble faire corps avec l'os.

4° Au cours de l'infection due à une rétention placentaire, de l'endométrite simple, de la métrite parenchymateuse, l'utérus est uniformément gros et douloureux. Il n'existe pas de voussure, ni de douleur nettement localisée. En cas de rétention placentaire, l'exploration de la cavité utérine ramène des débris ovulaires.

B. — Les signes d'infection générale peuvent au contraire faire penser à :

1° La septicémie puerpérale (on y a pensé dans l'obs. 16). Elle sera éliminée, si en présence d'un col béant, d'un utérus en état de vacuité complète, l'hémoculture est négative. C'est qu'il s'agit en effet d'infection locale. Le col béant, l'utérus vide plaident en faveur de l'abcès utérin.

2° La thrombo-phlébite s'accompagne d'une élévation thermique très brusque, et d'oscillations de température plus grandes que l'abcès utérin.

Mais on peut trouver associés : abcès et phlébite, ex. : obs. 7 et 15.

3° La péritonite puerpérale primitive peut, tout à son début, alors que la contracture n'est pas, ou peu perceptible, laisser un doute, bien que son apparition soit généralement extrêmement précoce (dans les heures qui suivent l'accouchement ou l'avortement) et que la douleur soit moins aiguë et plus diffuse.

C. — L'abcès sous-muqueux peut prêter à confusion avec la pyométrie, surtout si l'abcès est rompu. Seul le toucher intra-utérin permet de faire le diagnostic.

D. — Si l'attention n'est pas attirée du côté des organes génitaux (si, par exemple, la malade cache un avortement criminel), le diagnostic est encore moins facile.

On pense à une appendicite suppurée à localisation un peu particulière.

On peut s'en rendre compte, il n'est pas toujours aisé de faire le diagnostic d'abcès utérin. Mais c'est cependant d'un intérêt capital : de lui, en effet, et de sa précocité dépend le pronostic de l'affection, car l'abcès se compliquera sûrement de toxémie par résorption ou de péritonite par rupture.

Diagnostic de la rupture d'abcès utérin.

I. — L'abcès utérin rompu dans le péritoine libre (et nous envisageons surtout dans ce chapitre cette complication) pose le diagnostic de toutes les péritonites par perforation.

Avant toute discussion diagnostique, il faudra tou-

jours poser ce principe essentiel : « Toute manifestation douloureuse abdominale du post-partum doit être, jusqu'à preuve du contraire, considérée comme une complication possible de l'accouchement antérieur. »

Les diagnostics à discuter sont les suivants :

1° *Perforation appendiculaire.* — La contracture se trouve au début localisée à la fosse iliaque droite, mais rapidement le ventre est de bois : le diagnostic est quasi impossible, et d'ailleurs d'un intérêt minime, puisque le diagnostic de péritonite par perforation commande à lui seul l'intervention. Pourtant il serait intéressant d'être fixé, au point de vue technique opératoire à employer et du siège de l'incision à effectuer.

2° Avec *le pyosalpinx rompu.* — Le diagnostic est encore plus difficile. Parfois quelques antécédents, métrite, salpingite, gonococcique peuvent être en faveur du pyosalpinx.

3° *L'abcès du Douglas* rompu a des antécédents un peu spéciaux, mais le traitement ne changera pas : il faut intervenir.

II. — L'abcès utérin rompu en péritoine cloisonné peut provoquer une péritonite péri-ombilicale que l'on pourrait à tort diagnostiquer phlegmon ombilical dû à une hernie étranglée, mais l'anamnèse tranchera le diagnostic (Obs. de Hermannn G.-E.) et de Kirkpatrik.

Si l'abcès s'ouvre, comme un auteur l'a vu une fois, à la région inguinale, on pourra penser à une adénite suppurée.

Ces deux dernières éventualités sont d'ailleurs des exceptions.

TRAITEMENT. PRONOSTIC.

Nous envisagerons successivement le traitement prophylactique de l'abcès utérin, et son traitement curatif qui sera d'ailleurs essentiellement chirurgical.

Traitement prophylactique.

Il est évident que l'asepsie la plus rigoureuse doit être observée au cours de l'accouchement ou de l'avortement médical. Ne pas introduire de germes dans la cavité utérine doit être le souci constant de l'opérateur.

Il faut éviter le plus possible les touchers vaginaux (surtout au cours d'avortements criminels) et les manœuvres obstétricales qui infectent et traumatisent l'utérus.

L'isolement des femmes atteintes d'infection puerpérale sera systématique, rigoureux et efficace en évitant le transport de germes de parturientes à parturientes.

On ne peut éviter les avortements criminels; une éducation des masses populaires, une élévation du niveau moral pourraient seules en diminuer le nombre.

Il convient pourtant de prévenir les femmes en état de gestation des risques graves qu'elles encourent en

pratiquant ou en se prêtant à la pratique de l'avortement criminel.

En tous cas, en présence du fait accompli, on doit surveiller de très près la malade et combattre d'emblée l'infection possible par des antiseptiques généraux, plus encore que locaux.

Traitement curatif.

Médical.

S'il pouvait venir encore aujourd'hui à l'idée d'user pour le traitement des abcès utérins diagnostiqués, de la thérapeutique médicale, il suffirait pour justifier l'intervention de relire les statistiques concernant cette méthode de traitement.

Pour Sauvé (1907), 75 % des cas abandonnés à eux-mêmes (c'est-à-dire au traitement médical) ont eu une issue fatale. Mais dans les 17 cas qu'il cite. on trouve 7 décès dont 5 (sur 5) chez des sujets non opérés. Noble rapporte 19 cas avec décès dont 4 (sur 4) cas non opérés. Lejeune reprend les chiffres de M. Jeannin et admet aussi 75 % de mortalité. L'étude des 92 cas que nous avons pu retrouver dans la littérature nous permet de penser que ce chiffre de pourcentage est encore en dessous de la réalité.

Seuls certains abcès sous-muqueux rompus dans l'utérus peuvent être traités et guéris médicalement. On admet donc de façon absolue que l'intervention doit être pratiquée, et ce, dans le plus bref délai. La thérapeutique différera suivant que l'abcès sera rompu ou ne le sera pas, qu'il sera unique ou multiple : sous-séreux, intramusculaire ou sous-muqueux.

Chirurgical.

A. — *Abcès non rompu en péritoine libre.*

1° Les abcès sous-muqueux du corps ou du col et les abcès interstitiels du col ne comportent pas l'indication de l'hystérectomie.

Leur ouverture au doigt ou à la curette après dilatation du col par bougies ou mieux par laminaires moins traumatisantes ne présente généralement pas de difficulté.

L'abcès une fois vidé est méché pour faciliter le drainage (Lawson-Tait, Budin).

2° Pour les abcès sous-séreux ou intramusculaires, la *question est plus complexe.* Faut-il les inciser et les drainer? Faut-il pratiquer l'hystérectomie? Subtotale ou totale? et par quelles voies? Peut-on se contenter de l'excision pure et simple de la partie malade ?

a) L'incision simple présente l'avantage de conserver l'utérus et les annexes, donc la fonction. On ouvre la cavité on la vide, on la curette, on excise le tissu malade et on referme la plaie au catgut. Ou bien on ne referme pas et on laisse une large ouverture avec un drain.

α) Si l'abcès est unique et postérieur, la colpotomie postérieure semblerait indiquée, mais le drainage est souvent insuffisant. Cette intervention est à déconseiller.

β) S'il est unique et antérieur, une incision et un drainage sus-pubien pourront parfois suffire (Obs. 9, guérison), mais, par contre, dans l'observation 4, une laparotomie droite suivie de curettage et large drainage fut suivie d'exitus.

γ) On peut parfois pratiquer l'incision par *voie extra-péritonéale* (Ricketts, Sampson), technique qui supprime les risques d'infection péritonéale et est *à conseiller dans tous les cas possibles.*

En résumé, si l'incision simple conserve un utérus, elle conserve un organe qui porte une cicatrice qui, au point de vue obstétrical, peut être un danger pour l'avenir.

Est-on bien sûr de plus de n'avoir affaire qu'à un abcès unique ?

Nous militons en faveur d'intervention plus large, c'est-à-dire de l'hystérectomie qui écarte ces deux dangers.

b) L'hystérectomie est plus choquante que l'incision pure et simple et l'hystérectomie totale plus encore que l'hystérectomie subtotale. C'est pour cela que nous préférons la seconde.

La première n'est nécessaire que dans le cas d'abcès multiples dont certains localisés à l'isthme et au col (ces derniers sont facilement diagnostiqués par le toucher et l'examen au spéculum).

A.-W. See, partisan de l'hystérectomie, donne une mortalité de 25 % ; pour Bar et Jeannin, elle serait de 65 % ; mais peut-être le premier de ces auteurs ne fait-il entrer dans ses statistiques que les abcès uniques de l'utérus, alors que les deux derniers se reportent à tous les cas d'abcès utérins.

Sur 6 hystérectomies relevées dans nos 16 observations, nous notons deux exitus, 1 par toxémie (n° 8), l'autre par suite du mauvais état général de la malade, avant même l'intervention (n° 3).

L'hystérectomie décidée, par quelle voie la faire? La voie vaginale a été employée dans beaucoup de cas dont nous avons eu connaissance. C'est la méthode de choix pour Turenne, Stinson et J.-L. Faure. Elle nous paraît souvent contre-indiquée par l'état de l'utérus d'abord, gros, friable, sur lequel la traction sera difficile. L'existence possible d'adhérences reliant l'utérus à l'intestin à la vessie, etc., pourra être à la source de nombreux accidents (déchirures intestinales, vésicales, etc.). Elle ne permet pas ensuite de se rendre compte de visu de l'étendue et de la gravité des lésions utérines.

Elle fait, en troisième lieu, une confiance aveugle au diagnostic pré-opératoire, et enfin elle prédispose aux hémorragies tardives, fréquentes après cette intervention et toujours d'une extrême gravité. Ce fut la technique employée pour la malade de l'observation n° 13.

B. — *La voie abdominale* permet au contraire de juger de l'état des annexes, des organes voisins (appendice, grêle, vessie, etc.), des adhérences inflammatoires, de l'importance et du nombre des abcès.

Elle permet par le Mickulicz un drainage aussi sûr que par la voie vaginale.

En résumé, la voie abdominale semble parfaitement indiquée sous la forme d'une laparotomie médiane sous-ombilicale. Elle permet de décider en cours d'intervention de l'hystérectomie ou de l'incision simple (préférable parfois chez les femmes dont l'état général est très mauvais).

Dans nos observations nous notons :

2 hystérectomies totales par voie abdominale (2 et 3).

3 hystérectomies sub-totales (5, 6, 8) par la même voie.

C. — *La méthode conservatrice par simple excision* des tissus infectés présente de gros avantages. Elle conserve elle aussi l'utérus et les annexes. L'abcès est extirpé au milieu d'un « bloc » de muscle utérin. Les risques de propagation de l'infection sont minimes, mais elle ne peut être réalisée qu'en cas d'abcès unique ou de deux abcès au plus et à la condition que l'abcès siège dans une région où le parenchyme utérin est épais, c'est-à-dire surtout au niveau des cornes utérines (c'est le cas pour les observations n° 1 et n° 14).

3° En présence d'abcès multiples, le traitement doit être l'hystérectomie sans aucune réserve; il paraît en effet dangereux de laisser dans l'abdomen un organe profondément infecté et dont le pronostic fonctionnel se trouve d'ailleurs largement compromis. On pratiquera l'hystérectomie subtotale (s'il n'existe pas d'abcès du col, évidemment) qui, tout en donnant les mêmes garanties, est moins choquante que l'hystérectomie totale.

B. — *Abcès rompu. Péritonite.*

Le traitement de cette péritonite comporte quelques particularités que nous allons essayer de préciser. Il est hors de doute que la précocité de l'intervention est un facteur important du pronostic. On doit donc intervenir le plus tôt possible en présence du tableau de péritonite survenant brusquement chez une infectée puerpérale.

La laparotomie médiane sous-ombilicale est la voie d'accès de choix, lorsque le diagnostic de rupture d'abcès utérin a été fait avant l'intervention et que la notion de puerpéralité récente avec phénomènes infectieux peut y faire penser. Ici encore on aura à poser l'indication de la méthode conservatrice ou de l'exérèse totale ou subtotale de l'utérus.

Mis à part, le cas d'un état général par trop choqué où l'ouverture avec drainage pourra paraître suffisant et les cas où, à l'inverse, une localisation stricte de l'infection utérine, un bon état général permettront l'excision simple avec vaste drainage au contact par un Mickulicz, c'est l'hystérectomie abdominale subtotale qui sera encore le traitement de choix. C'est l'avis de MM. Jeannin, Chomé, Mondor.

Le cas de péritonite localisée pose les mêmes problèmes, mais avec un pronostic plus favorable.

Qu'il nous soit permis de rappeler ici la conclusion d'un compte rendu fait à la réunion d'obstétrique de Nancy, en janvier 1936, par MM. Hamant et Chalnot, à l'occasion du cas dont nous publions l'observation (Obs. n° 1) :

« La localisation des lésions nous a permis de faire un traitement conservateur. La cavité utérine n'était pas ouverte après l'excision des lésions et le reste de l'utérus semblait sain; aussi nous a-t-il semblé qu'un vaste drainage au contact suffirait. Nous jugeons en effet, dans les cas de ce genre, le Mickulicz absolument indispensable. »

Moyennant un traitement chirurgical précoce et conçu largement, le pronostic de l'abcès utérin même déjà rompu n'est plus aussi sévère qu'il y a quelques années.

« Les résultats déjà meilleurs qu'il y a dix ans, ne cesseront de s'améliorer avec les progrès d'agilité de diagnostic » (Mondor).

Observations

Les observations que nous présentons peuvent être séparées en deux catégories : celles d'abcès utérins post-partum et celles d'abcès post-abortum. Nous placerons en tête celle qui fait l'objet de cette thèse, savoir, celle de MM. Hamant et Chalnot.

I. — *Observations d'abcès post-partum.*

OBSERVATION I

Péritonite généralisée secondaire à la rupture post-partum d'un abcès de la corne utérine. MM. Hamant et Chalnot. (Compte rendu de la Réunion obstétricale de Nancy, séance du 15 janvier 1936. Extrait du *Bulletin de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Paris*, n° 3, mars 1936, page 267.)

Dans la nuit du 23 au 24 décembre dernier, l'un de nous est appelé d'urgence auprès d'une femme, prise de violentes douleurs abdominales et qui nous raconte l'histoire suivante :

Bien portante et âgée de 22 ans, cette femme est mère d'un garçon de 2 ans. Elle a accouché il y a 3 semaines d'un enfant actuellement bien portant. La grossesse s'est bien passée et l'accouchement a été rapide malgré un gros enfant.

Les suites de couches semblent avoir été simples. La sage-femme déclare qu'il n'y a pas eu de fièvre, que les lochies

n'ont présenté aucune odeur. Après quelques jours d'essai, l'allaitement maternel a dû être cessé.

Cependant, depuis une dizaine de jours, la malade s'est plainte de douleurs abdominales droites. Deux médecins consultés ont parlé d'appendicite. L'un a fait mettre de la glace, l'autre des compresses chaudes. Malgré cela, la malade s'est levée 15 jours après l'accouchement. Elle déclare avoir eu un peu de fièvre depuis deux ou trois jours.

Brusquement, dans la nuit du 23 au 24 décembre, elle a été prise de douleurs très violentes avec vomissements et nous pouvons alors faire les constatations suivantes :

La malade présente un état général satisfaisant, mais un faciès tiré. Le pouls bat à 120. Température 38°5.

L'examen du ventre est rendu très difficile par une hyperesthésie douloureuse très marquée, mais on constate avec évidence la présence d'une extrême contracture. Le ventre est de bois. La douleur est surtout violente à droite à la pression. Le toucher, extrêmement difficile également, montre un utérus mobile, non spécialement douloureux; les culs-de-sac semblent libres.

La douleur et la contracture paraissent très élevées dans la fosse iliaque droite; il semble logique d'attribuer le syndrome péritonéal suraigu présenté par la malade à une appendicite perforante. Une arrière-pensée persiste cependant sur une cause génitale possible, en raison de l'accouchement récent, ceci malgré l'absence de phénomènes infectieux ayant fait suite immédiatement à l'accouchement.

La nécessité de l'intervention ne faisant aucun doute, la malade est transportée immédiatement à la clinique où elle est opérée sous anesthésie générale au Schleich.

On pratique une incision de Jalaguier, après avoir toutefois sondé la malade pour le cas où l'on se trouverait dans l'obligation de faire une incision médiane.

A l'ouverture du péritoine, un flot de pus sans odeur fait irruption dans la plaie. Après mise en place d'un écarteur, on perçoit dans l'angle inférieur de la plaie un paquet épiploïque qui est extériorisé prudemment. Pendant cette manœuvre on achève de vider un gros abcès qui se trouve situé au niveau de la corne utérine droite et qui s'est ouvert spontanément dans le péritoine, créant une péritonite secondaire généralisée.

Après avoir détaché la masse épiploïque qui le coiffe, on se rend compte que cet abcès a pris naissance au niveau de la corne utérine, près de l'origine de la trompe; celle-ci, presque complètement en dehors du foyer, semble relativement saine, de même que l'appendice, qui est cependant réséqué.

On excise le foyer infectieux en liant et sectionnant l'épiploon enflammé et on abrase au ciseau le tissu utérin malade. L'utérus est presque complètement extériorisé par l'incision para-rectale droite et on constate qu'il est sain dans sa presque totalité. On se contente donc d'une excision de la portion malade. Pour faire l'hémostase, on place sur la surface de section deux points de gros catgut.

On termine l'intervention par un mickulicz dans le foyer infecté et au contact de la paroi utérine suspecte. On rétrécit légèrement la plaie de la laparotomie latérale dans sa partie supérieure.

Les suites sont relativement bonnes; la température se maintient cependant élevée pendant une huitaine de jours. La malade va à la selle le quatrième jour; les mèches sont retirées progressivement à partir du septième. La cicatrisation s'accomplit normalement et la malade va sortir incessamment de la clinique en bonne voie de guérison.

OBSERVATION II

Abcès de l'utérus post-partum. Hystérectomie totale. Gué-

rison (Dr. Louis Bazy, mars 1931, in thèse Lejeune).

Mme D..., 22 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 14 février 1931, envoyée par un médecin avec le diagnostic de phlegmon du ligament large.

Antécédents : accouchement le 16 janvier 1931 à la maternité de l'Hôtel-Dieu. Primipare, travail très normal; durée : 6 heures. Rupture des membranes à dilatation complète. Accouchement spontané d'un enfant vivant. Délivrance normale. Cependant rétention partielle des membranes.

Suites de couches pathologiques; 3 jours après l'accouchement, température à 40°, sans apparition d'autres troubles. Persistance de la température les jours suivants entre 38° et 40°, apparition d'écoulement leucorrhéique. Le 9e jour, température à 41° et frissons. Le 10e jour, hémorragie assez importante. La malade commence à souffrir du ventre.

Thérapeutique appliquée à cette période : une mèche intra-utérine de bouillie lactique renouvelée à quatre reprises, une injection de sulfarsénol, 5 injections de 1 cc. de vaccin anti-pyogène.

La malade, malgré son état, sort sur sa demande de l'Hôtel-Dieu.

A domicile, elle est soignée par son médecin qui la suit plusieurs jours et finalement l'envoie à Saint-Louis, où elle entre le 14 février avec le diagnostic de phlegmon du ligament large.

A son entrée à l'hôpital Saint-Louis, le 14-2-31 : température à 39°. Malade fatiguée, mais dont l'état général n'est pas mauvais. A l'examen : utérus encore gros, un peu douloureux, mais mobile, col fermé, culs-de-sac absolument libres.

On élimine le diagnostic de phlegmon du ligament large. Comme les urines contiennent du pus, on pense qu'il s'agit peut-être simplement d'une pyélonéphrite. Le traitement suivant est appliqué : glace sur le ventre, urotropine, vaccination par l'endococcine (4 injections).

Les jours suivants, malgré le traitement, persistance de la température qui oscille autour de 39°.

Le 4 mars : température toujours autour de 39°. A l'examen, utérus gros et douloureux. Col fermé. Culs-de-sac souples, non douloureux.

On pense à la possibilité d'une rétention placentaire partielle, malgré l'absence de toute perte. Mise en place d'une laminaire de petit calibre, dans le simple but de drainer l'utérus. Il ne se produit ni écoulement sanguin, ni écoulement purulent.

Les jours suivants, la température persistant autour de 39°, l'état général décline, un peu de prostration s'installe. Un séro-diagnostic est fait pour éliminer une typhoïde possible. Il est négatif. De même l'examen du cœur ne permet d'entendre aucun souffle pouvant faire penser à une endocardite maligne.

Le 10 mars 1931, curettage explorateur prudent après dilatation du col à l'aide d'une laminaire mise en place la veille. Le curettage ne ramène aucun débris placentaire.

Après le curettage, la température remonte à 40°. La malade est laissée en observation quelques jours encore.

Le 13 mars, examen : culs-de-sac libres, sauf l'antérieur, qui est douloureux, mais on ne sent pas d'empâtement manifeste.

L'utérus est nettement plus gros que le jour de l'entrée. Il atteint le volume d'un gros poing. Son examen est très facile, étant donné l'état de maigreur de la malade. Cet utérus est douloureux. Le toucher et le palper combinés

permettent de réveiller, au niveau du corps utérin, une douleur vive, excruriante.

On pense à la possibilité d'un abcès de l'utérus. L'intervention est décidée sur ce diagnostic.

Le 14 mars : *Intervention.* Dr Louis Bazy; interne, Avril. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le cœcum et la vessie sont collés sur l'utérus. Le fond du Douglas est rouge vineux, de même que la face antérieure du rectum. Annexes saines. Séparation de l'utérus et de la vessie sans difficulté. On trouve là une collection purulente (petite mandarine) qui provient, comme on s'en rend compte après nettoyage, d'un abcès de l'utérus développé à l'union du corps et de l'isthme.

On décide alors de pratiquer une hystérectomie, mais l'utérus est tellement mou qu'on ne place pas de pince de Museux sur son fond. On se sert pour faire la traction des pinces mises sur les pédicules latéraux.

L'hystérectomie totale est très facile. Suture hémostatique de la tranche vaginale. Drainage vaginal. Mickulicz. Fermeture partielle de la paroi en un plan aux fils de bronze.

Examen de la pièce : Utérus gros. Annexes saines; on fend l'utérus du col vers le fond. La cavité utérine est absolument intacte. La paroi utérine, par contre, est le siège de trois abcès volumineux développés vers la séreuse.

L'un antérieur, le plus gros, à l'union du corps et de l'isthme. C'est celui qui s'était ouvert entre vessie et utérus; un second en plein au niveau de la face antérieure, encore intrapariétal, un troisième enfin au niveau du fond.

Examen histologique : Inflammation aiguë avec nécrose et abcès des parois de l'utérus.

Examen bactériologique du pus prélevé : Streptocoques.

Suites opératoires : persistance de la température durant deux jours.

Le 16 mars : parotidite bilatérale qui guérit sans suppuration. Guérison.

OBSERVATION III

Abcès de l'utérus post-partum. Péritonite généralisée. Hystérectomie totale. Mort. Dr Willmoth (*Revue de Gyn. et Obst.*, mars 1929.)

Femme de 19 ans admise d'urgence à la Pitié (salle Lisfranc), dans l'après-midi du 12 novembre 1928, présentant tous les symptômes d'une péritonite généralisée. Primipare.

Accouchement normal 20 jours auparavant à la Clinique Tarnier. A son retour chez elle, 12 jours après l'accouchement, elle reprend ses occupations, mais au bout de 4 jours elle se sent fatiguée, s'alite et fait venir un médecin. La constipation paraissant seulement en cause, une première purge est administrée sans succès, puis une deuxième, puis des lavements.

A son arrivée à la Pitié, le 12-11-28, c'est-à-dire quatre jours après le début de ces troubles, la malade présente un faciès péritonéal typique, le ventre est météorisé, sensible à la palpation même légère; la matité hépatique a disparu; pas de matité à l'hypogastre; température : 39°. Pouls misérable à 140. Langue sèche.

Le toucher vaginal révèle seulement une sensibilité très accusée des culs-de-sac. L'exploration bi-manuelle est impossible. Malgré l'état désespéré de la malade, l'intervention est décidée après avoir posé le diagnostic de péritonite généralisée probablement par rupture d'un pyosalpinx.

Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie médiane sous-

ombilicale. Dès l'ouverture du péritoine, du pus sous pression, fétide, vert, presque lié, s'échappe. Les anses intestinales distendues, rouges, sont couvertes de fausses membranes. Il n'y a pas de trace de cloisonnement. Il s'agit bien d'une péritonite généralisée. L'appendice n'est certainement pas en cause. La valve de Doyen étant mise en place, on constate que l'utérus est gros (comme un utérus gravide de 2 mois). Du pus s'écoule, semble-t-il, de l'origine de la trompe gauche. Rapidement on fait une hystérectomie totale. Un drain est poussé par le vagin. Le petit bassin est isolé par un sac de Mickulicz et la paroi fermée en un plan par 3 fils de bronze.

Mais l'état général de la malade était si mauvais qu'elle succomba 10 heures après l'intervention.

Examen de la pièce. — En fendant l'utérus sur la ligne médiane par sa face antérieure, on trouve dans la cavité utérine deux longs caillots moulés sur elle, de couleur rouge foncé, très adhérents à la muqueuse. En poursuivant la section vers le fond de l'utérus en direction de la trompe gauche, on ouvre un abcès développé dans le muscle utérin à 3 cm. de l'origine de la trompe (corne gauche) contenant du pus, vert, bien lié, et s'ouvrant sur le fond utérin. L'abcès dépasse la taille d'une grosse noisette. Les trompes sont œdématiées et rouges, mais il n'existe ni à droite ni à gauche de pyosalpinx.

OBSERVATION IV

Abcès utérin post-partum. Péritonite diffuse. Mort. (Lepage, *Compte rendu de la Soc. d'Obs., de Gyn. et de Pédiat. de Paris*, 9 mars 1903).

Multipare. Accouchements antérieurs normaux.

Accouchement normal. Trois jours après : température et douleurs abdominales. Pendant 4 jours consécutifs, gran-

des oscillations thermiques. Douleur vive dans la fosse iliaque droite. La pression au niveau du fond de l'utérus n'est nullement douloureuse. Pas de fétidité des lochies qui sont cependant abondantes. Pas de frissons. On pose le diagnostic d'appendicite. On n'intervient pas : traitement médical ad hoc. Amélioration les jours suivants.

Huit jours après, les douleurs abdominales reprennent, plus violentes. Le ventre se ballonne. Le pouls grimpe à 100. La température est à 38°. Tendance syncopale.

On diagnostique une perforation appendiculaire.

Intervention (Dr Walther). Laparotomie latérale droite. Péritonite diffuse avec fausses membranes. On se rend compte que le point de départ est pelvien. Annexes saines. Sur le bord supérieur de l'utérus font saillie deux abcès en forme d'haltère. Deux abcès des cornes. Curettage de ces abcès. Nettoyage. Large drainage. Mort le lendemain.

OBSERVATION V

Abcès utérin post-partum perforé dans le péritoine. Hystérectomie. Guérison (Dr Kessler. Hôpit. d'Haguenau)

(Obs. in thèse Haubtmann).

La malade a eu deux enfants. Sa troisième grossesse normale s'est terminée par un accouchement normal le 12 juillet 1928.

Aucun traumatisme obstétrical. Dans les suites de couches rien de particulier durant les six premiers jours. Le septième jour, température à 40°. Pas de douleurs abdominales, mais mictions très pénibles. Chute de température les jours suivants. Le 1er août, la malade se lève, mais est encore très fatiguée.

Le 6 août elle doit s'aliter à nouveau, souffrant du ventre et présentant une petite métrorragie.

Le 10 août, douleurs sourdes dans le bas-ventre. Métrorragies. Dans l'après-midi de ce jour, elle souffre toujours, perd un peu de sang et a des nausées. Le soir, subitement forte douleur abdominale, vomissements. Le médecin traitant l'envoie d'urgence à l'hôpital, c'est le 25e jour des suites de couches.

Examen à l'entrée : Femme pâle, fatiguée. Température 39°9. Pouls à 130. Le ventre est très ballonné, très sensible à la palpation, surtout dans les deux fosses iliaques et dans la région sous-ombilicale. Le toucher est très douloureux, surtout à droite. L'intervention est temporisée en raison de l'extrême altération de l'état général : toni-cardiaques, sérum. L'intervention est faite dans la nuit (Dr Kessler-Haubtmann).

Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine s'échappe un flot de pus jaunâtre bien lié, inodore, dans lequel l'examen bactériologique fait ultérieurement montra la présence de nombreux streptocoques hémolytiques. L'utérus est augmenté de volume. Vers la région de la corne droite et sur la face postérieure se voit une voussure grosse comme une mandarine. Sur sa face supérieure et externe existe un orifice à bords déchiquetés par lequel s'écoule un pus épais. Annexes indemnes à gauche, légèrement enflammées à droite.

Hystérectomie subtotale. Les ovaires sont laissés en place, ainsi qu'un grand moignon utérin. Péritonisation. Mickulicz. Suture partielle de la paroi.

Amélioration les jours suivants. Guérison. Sortie le 24 décembre.

Examen de la pièce. — Gros utérus (13 sur 12 cm.). La pression exercée sur la voussure fait sourdre un pus verdâtre épais par l'orifice de perforation. La trompe droite

présente un petit pyosalpinx nettement caractérisé. Trompe gauche saine.

La coupe dans le sens antéro-postérieur montre l'existence d'un gros abcès solitaire de la paroi postéro-supérieure de l'utérus, communiquant avec la cavité péritonéale par une perforation d'un diamètre de 1 à 2 cm.

Macroscopiquement : aucune communication entre l'abcès et la cavité utérine.

Songeant à la possibilité d'un petit fibrome ramolli infecté secondairement, on fait pratiquer un examen histologique qui ne montre aucune trace de myome.

OBSERVATION VI

Abcès post-partum. Hystérectomie abdominale. Guérison (Schwartz. *Compte rendu de la Soc. d'Obst., de Gyn. et de Péd. de Paris*, 6 avril 1903. In Thèse Mercadé).

Femme de 35 ans qui a présenté des lésions bilatérales des annexes après grossesse et métrite. Un accouchement antérieur normal. Les suites de couches ne sont pas rapportées.

A l'examen : au niveau du fond utérin, existence d'un point douloureux très net et fixe avec sensation d'une masse douloureuse.

On pose le diagnostic d'annexite et après laparotomie abdominale sous-ombilicale on pratique une hystérectomie subtotale. Suites opératoires bonnes. Guérison.

Les annexes contenaient des foyers de suppuration nets. L'utérus très augmenté de volume présentait au niveau de son fond et à droite une bosselure fluctuante grosse comme une noisette. Celle-ci, incisée, laisse écouler un pus jaune épais analogue à celui d'un abcès chaud. L'abcès était en plein muscle utérin, mais dans le voisinage de la portion interstitielle de la trompe droite (Corne droite).

OBSERVATION VII

Abcès multiples de l'utérus après accouchement au forceps.

Drainage par voie vaginale. Mort (Pr. Reeb., in thèse Haubtmann).

La femme a présenté un écoulement fétide par le vagin depuis le cinquième mois de sa première grossesse. Mais elle n'a pas consulté pour cela.

Accouchement le 5 janvier 1920. Travail long (28 heures). Infection amniotique. Souffrance fœtale (expulsion de méconium, bruits du cœur mauvais). Nécessité d'application de forceps. Episiotomie. Délivrance naturelle complète.

Suites de couches : Le 8 janvier, frisson, timpérature à 41°. Pas de ballonnement du ventre. Pertes à odeur forte. On fait de l'électrargol intraveineux.

Les jours suivants les frissons se répètent; la température persiste autour de 40°. L'utérus est bien rétracté, peu sensible à la pression. Lochies peu abondantes mais malodorantes. Electrargol, caféine, digitale.

Le 20 janvier, on remarque à droite de l'utérus une infiltration diffuse. Depuis 5 jours, plus de frissons. Meilleur aspect. L'infiltration à droite s'étend et dépasse l'utérus en hauteur, arrivant jusqu'à l'épine iliaque. Cette masse très sensible ne donne pas de fluctuation.

Le 24 janvier, sensation de fluctuation vague. Œdème des parois vaginales et des grandes lèvres. Mais pas de voussure du Douglas.

Le 27, incision par voie vaginale. La collection de pus est évacuée.

Les jours suivants, aggravation. Mort le 3 février 1920 avec le diagnostic de paramétrite et septicémie.

A l'autopsie : Abcès utérin de la corne droite de la gros-

seur d'une noix, en plein muscle utérin près de l'angle tubaire.

Abcès utérin un peu en avant du précédent et perforé dans la cavité péritonéale (péritonite locale).

Troisième abcès du fond utérin, rompu lui aussi et ayant provoqué par sa rupture une péritonite locale avec accollement des anses grêles.

Thrombophlébite suppurée du côté droit. Pyosalpinx droit. Mort par embolie pulmonaire droite. Rate grosse. Foie lésé.

OBSERVATION VIII

Abcès de l'utérus post-partum. Hystérectomie. (Drs Chomé, Lejeune).

Mme D..., secondipare, a eu ses dernières règles en mai 1926. Après une grossesse normale, accouchement le 31 janvier à domicile, normal et assez rapide (3 heures). Délivrance naturelle et complète suivie d'une petite hémorragie.

Suites de couches : les deux premiers jours, la température oscille entre 37° et 37°8. La femme se sent bien.

Le troisième jour, frisson, douleurs lombaires et abdominales, température à 39°5 le soir. Lochies; légères pertes sanglantes. Le quatrième jour, elle est admise dans le service de l'isolement de la maternité de la Pitié avec le diagnostic d'endométrite puerpérale. Etat général mauvais, faciès profondément altéré. Localement, la femme accuse de violentes douleurs abdominales. Le ventre est ballonné, l'utérus volumineux. On remarque une nodosité douloureuse à sa surface.

Intervention : Laparotomie médiane sous-ombilicale. On découvre un abcès de l'utérus de la grosseur d'une noisette sur le fond. Sa ponction ramène du pus bien lié, jaune.

Hystérectomie subtotale; mickulicz; fermeture en un plan. Une hémoculture pratiquée à ce moment décèle la présence du streptocoque en association avec du perfringens.

Suites opératoires : Etat général mauvais, accélération progressive du pouls. Mort le quatrième jour par septicémie, toxémie.

Pièces : L'utérus est farci de micro-abcès avec un abcès plus gros au fond; traînées de lymphangite utérine bilatérale.

Annexes infiltrées et œdématiées.

OBSERVATION IX

Abcès de l'utérus post-partum. Incision-drainage sus-pubien, guérison (Barrows).

Primipare de 20 ans qui, six semaines après un accouchement normal, est admise à l'hôpital pour douleurs continues siégeant dans la partie inférieure et droite de l'abdomen.

A l'examen, on trouve dans la partie inférieure de la fosse iliaque droite, dont la paroi n'est pas contracturée, une masse adhérente à l'utérus et à la paroi pelvienne, et qui, au toucher vaginal, déprime le cul-de-sac droit et s'étend jusqu'au Douglas; elle est douloureuse et donne une sensation de fluctuation profonde. Une colpotomie postérieure est faite (on pense à un abcès du Douglas), mais en vain. On pratique une laparotomie médiane et après libération des adhérences intestinales et épiploïques, on trouve un volumineux abcès qui occupe une grande partie de la paroi utérine antérieure.

Les annexes sont saines. Incision de la poche. Drainage sus-pubien. Guérison en 25 jours.

OBSERVATION X

Infection puerpérale. Mort par embolie. Abcès de l'utérus (Andérodias et Pery. *Rev. de Gyn., d'Obs. et de Péd. de Paris*, 1910, p. 241).

Malade de 19 ans, primipare. Elle entre à la clinique d'accouchement de Bordeaux le 15 juillet 1910, enceinte de 7 mois et demi.

Accouchement le 2 septembre. Sommet en O. I. D. P., durée totale du travail, 17 heures; enfant vivant, 3.460 gr. Pas de déchirure du périnée, mais très nombreuses éraillures du vagin. Délivrance naturelle complète. Placenta 430 gr.

Suites de couches : Rien de particulier pendant les quatre premiers jours. Le cinquième jour dans la soirée. frisson et température à 40°4. L'utérus est légèrement sensible au niveau de la corne gauche. Les lochies sont épaisses, rouillées, non fétides. Sur la muqueuse vaginale de nombreuses ulcérations recouvertes d'exsudat pseudo-membraneux; injection vaginale à l'eau oxygénée, puis intra-utérine à l'eau iodée. Diagnostic : endométrite et métrite puerpérale.

Le sixième jour : Température à 39°4 et 40°4. Lochies de plus en plus épaisses, purulentes, utérus indolore. L'état général se maintient bon.

Jours suivants : Les lochies restent purulentes, utérus toujours gros mais non douloureux. La température, après avoir oscillé pendant 4 jours entre 39° et 40°, commence à descendre le onzième jour. Etat général bon.

Treizième jour : Malgré la chute progressive de la température, l'utérus qui est demeuré volumineux est un peu douloureux au niveau des deux cornes, surtout à gauche; un peu de ballonnement du ventre.

Quatorzième jour : Température 37°6, les plaies vaginales sont cicatrisées, l'état général est satisfaisant, lorsque le soir du même jour, brusquement, la température monte à 40° avec un frisson. Un vomissement et à l'occasion d'un mouvement, la malade meurt brusquement d'une embolie.

Autopsie : L'épiploon adhère au niveau des deux cornes utérines. Utérus nettement augmenté de volume, fond notablement au-dessus du pubis. Dans le Douglas, quelques fausses membranes et un peu de liquide louche. En avant, sur les cornes, on aperçoit une grosse bosselure du volume d'une noix, de coloration jaunâtre. Il s'agit de chaque côté d'un volumineux abcès superficiel à peine recouvert par le péritoine et une minime épaisseur de paroi utérine. Tout autour, légère réaction péritonéale avec adhérence épiploïque, mais pas de coque pseudo-membraneuse d'enkystement. Il paraît évident que si l'un de ces abcès s'était ouvert, la grande cavité péritonéale eût été envahie d'emblée.

L'utérus est enlevé en entier. Les abcès sont en plein dans l'épaisseur du muscle utérin, quoique prédominant fortement vers la séreuse. La trompe absolument libre passe au-dessus de l'abcès à droite comme à gauche. Pas de rapport entre la cavité tubaire et la paroi de l'abcès.

L'utérus est ouvert sur sa paroi antérieure. L'aire placentaire apparaît tapissée d'un exsudat gris noirâtre, peu adhérent. Les collections suppurées sont séparées de la cavité utérine par une épaisseur considérable de la paroi. Il semble qu'elles n'avaient aucune tendance à s'ouvrir de ce côté-là, de sorte que même si le toucher intra-utérin avait été pratiqué, il n'aurait fourni aucune indication relative à la présence de ces abcès.

Coupe de l'utérus : Aucune infiltration purulente en dehors de la zone des abcès (cornes). L'un de ceux-ci est

incisé. La paroi est irrégulière, rougeâtre, anfractueuse, avec des prolongements irréguliers. Le pus est jaune, bien lié, non fétide.

Examen histologique de la paroi de l'abcès (M. Sabrazès) : l'abcès pénètre dans le muscle utérin et s'y continue sous l'aspect d'un foyer cunéiforme, lymphangitique. Beaucoup de mastzellen dans les coupes, sauf au niveau des parties abcédées.

L'examen des veines du ligament large, des veines hypogastriques, ne révèle rien d'anormal. De même pour la veine iliaque externe. Le tissu cellulaire du bassin est le siège d'une assez forte infiltration œdémateuse.

OBSERVATION XI

Abcès utérin post-partum. Péritonite généralisée. Mort. Découverte d'autopsie. J.-C. Championnière : lymphatiques utérins et lymphangite utérine. Th. Paris, 1870 (Obs. 8, in thèse Mercadé).

Plusieurs grossesses normales. Femme accouchée le 31 août et morte de péritonite le 12 octobre. A l'autopsie, plusieurs abcès utérins, deux au niveau des cornes, un au niveau de l'isthme. Abcès à pus crémeux, à siège sous-péritonéal. Aucune trace d'inflammation du tissu musculaire, ni de phlébite des veines ovariennes; pas de lésions annexielles.

OBSERVATION XII

Abcès utérin post-partum. Rupture dans le péritoine. Mort. Découverte d'autopsie. Saxinger, d'après O.-V. Franque (Obs. V, in thèse Mercadé).

Femme de 30 ans, multipare. Péritonite généralisée depuis 48 heures. Trois mois auparavant, accouchement difficile d'un enfant mort. Elle dut garder le lit pendant 3 à 4

semaines après l'accouchement. Morte de péritonite au bout de 36 heures.

A l'autopsie : péritonite généralisée purulente; utérus du volume d'un œuf d'oie. Dans sa partie postérieure existe un foyer du volume d'une noisette, plein de pus, présentant un petit orifice. Pas de communication entre l'abcès et la cavité utérine. Annexes saines. L'abcès a débuté, sans doute, il y a trois mois; il est donc d'origine puerpérale et sa rupture a produit une péritonite généralisée.

OBSERVATION XIII

Abcès utérin post-partum. Hystérectomie vaginale. Guérison (Turenne. Abcès de l'utérus. Abcès du ligament large. *La Gynécol.*, T. 3, 1898, p. 105).

Multipare de 43 ans. Accouchement à terme le 6 septembre 1897, suivi d'une légère hémorragie. Quelques heures après, douleur vive dans la fosse iliaque gauche. Dix jours après, sans que la douleur ait disparu, écoulement fétide par le vagin et légères pertes sanglantes.

Le dix-huitième jour des suites de couches, existence d'une tumeur latéro-utérine, petite, douloureuse, qui augmente progressivement de volume. Pendant 15 jours, température entre 38° et 39°.

Examen le 28 octobre. Malade dont l'état général est très touché. A l'examen, tumeur de la grosseur d'un œuf d'autruche, mobile, douloureuse, fluctuante, accessible autant par l'abdomen que par le cul-de-sac vaginal antéro-latéral gauche, déviant l'utérus à droite. Diagnostic : abcès du ligament large.

Intervention le 2 novembre. Ouverture par voie vaginale; issue d'une grande quantité de pus jaune, bien lié. Hystérectomie vaginale. Les annexes sont saines des deux côtés.

Température 37°8 pendant trois jours, puis apyrexie. La malade quitte l'hôpital au début de décembre.

Au niveau de l'isthme utérin existait une cavité purulente. D'autres cavités sont découvertes en plein tissu utérin; la plus grande occupait le fond de l'organe.

II. — *Observations d'abcès post-abortum.*

OBSERVATION XIV

Abcès utérin post-abortum. Résection de la corne utérine. Guérison. (Obs. citée, in Diagnostic anatomo-clinique de P. Lecène, par Moulonguet et Dobtrevitch, p. 149). Multipare. Accouchements antérieurs ?

Malade ayant subi un curage utérin pour abortus. Infection puerpérale. Température à 40° après le curage. Pertes abondantes. Un mois après, existence d'une masse grosse comme une orange dans le cul-de-sac antéro-latéral gauche; masse adjacente à l'utérus et très douloureuse au toucher. Diagnostic : pyosalpinx.

A l'intervention : Abcès de la corne utérine gauche, auquel adhérait l'épiploon. Résection de la corne suivie de suture. Guérison. Les annexes étaient saines.

OBSERVATION XV

Abcès solitaire de l'utérus post-abortum. Pas d'intervention. Mort (Pr. Reeb. In thèse Haubtmann).

Malade amenée à l'hôpital de Strasbourg le 15 juin 1918. Un accouchement normal à terme en 1915.

Actuellement, deuxième grossesse de 3 mois environ, normale jusque-là. Avortement quelques jours avant l'entrée à l'hôpital. Curettage à domicile, motivé par l'apparition des signes d'infection. L'utérus est gros comme le poing et mou à l'examen.

Le 15 juin : Paramètres infiltrés. L'état général s'altère rapidement. Le 18 juin, prostration et apparition d'ictère. Mort le 20 juin.

Autopsie : Utérus gros. Pas de débris ovulaires dans la cavité utérine. Au niveau de la partie postérieure du corps utérin existe un orifice de la dimension d'une pièce de 50 centimes. Ce trou conduit dans une cavité purulente de la grosseur d'une noix en plein parenchyme. C'est un abcès utérin solitaire du fond utérin. Les veines ovariennes sont thrombosées; dans le paramètre droit : abcès gros comme un œuf de pigeon. Paramètre gauche libre. Liquide louche dans les plèvres. Foyers nécrosés dans les deux poumons. Rate et foie touchés par l'infection.

OBSERVATION XVI

Abcès de l'utérus après avortement (in thèse Haubtmann).

Le 10 mars 1922 arirve à la clinique une femme qui présente une aménorrhée de 7 semaines.

Elle a eu 4 accouchement normaux à terme.

Le 4 mars elle a vu, dit-elle, un médecin qui a introduit une mèche dans le vagin en vue de traiter sa métrite. Le lendemain en enlevant la mèche, elle saigne.

Le médcin la suit et le 7 mars pratique un curettage et donne une injection intra-utérine (?). Puis l'état s'aggravant il l'adresse à la clinique.

10 mars 1922 : Aspect de femme profondément infectée. Ecoulement vaginal fétide, utérus gros, antéfléchi, col ouvert perméable au doigt.

20 heures après, survient une grande agitation, puis le coma et l'exitus suit le 11 au matin.

Le diagnostic clinique posé était celui d'avortement criminel. Mort par septicémie, toxémie.

Le diagnostic anatomique est le suivant : métrite gangréneuse, abcès de la paroi antérieure de l'isthme. Paramétrite gauche. Pelvi-péritonite au début.

L'autopsie montra un utérus gros, des ligaments larges infiltrés et un gros abcès isthmique ouvert dans la cavité utérine.

Les annexes étaient indemnes de toute infection; ovaires scléreux.

RESUME DES OBSERVATIONS STATISTIQUES

Au cours de cette étude, nous avons cité 16 observations d'abcès utérin de la puerpéralité, dont :

1° 3 post-abortum (Obs. 14, 15, 16) et 13 post-partum.

2° Le diagnostic fut posé une seule fois (Obs. 2) et après de nombreuses erreurs. En effet, on pensa d'abord à une infection puerpérale, puis à un phlegmon du ligament large, puis à une pyélonéphrite, puis à une rétention placentaire, enfin à un *abcès utérin*.

3° 8 de ces abcès s'ouvrirent dans le péritoine (Obs. 1, 2, 3, 4, 5, 7, 11, 12) provoquant une péritonite généralisée dans 6 cas et circonscrite dans deux (Obs. 2 et 7).

4° Les abcès des malades des observations 15 et 16 communiquaient avec la cavité utérine et cela dans deux cas d'abcès post-abortum.

5° Sept de ces abcès évoluèrent vers la guérison après intervention : Obs. 1, 2, 5, 6, 9, 13, 14; donc : 6 cas post-abortum et 1 post-partum (14). Les 9 autres furent suivis d'exitus, bien que l'on soit intervenu pour quatre d'entre eux : Obs. 3, 4, 7 et 8.

6° Dans les cas qui furent suivis de guérison, on pratiqua 3 hystérectomies abdominales (2, 5 et 6) et 1 hystérectomie vaginale (13).

Deux fois on excisa la corne utérine (1 et 14) abcédée, c'est précisément le cas pour la malade de MM. Hamant et Chalnot.

Une seule fois (Obs. 9) on pratiqua une incision et un drainage sus-pubien.

7° Dans les cas mortels où l'on intervint, on pratiqua soit l'hystérectomie abdominale (Obs. 3 et 8), soit une simple incision vaginale (Obs. 7), soit une incision abdominale avec curettage et drainage (Obs. 4).

Si nous groupons nos observations d'après les caractères communs qu'elles présentent et si nous envisageons les différents traitements appliqués à chacun des 16 cas cités, nous pourrons comparer les résultats obtenus et en tirer quelques conclusions au point de vue thérapeutique.

1° Tous les abcès non rompus et traités précocement évoluèrent vers la guérison.

Obs. 6 : hystérectomie abdominale subtotale.
Obs. 9 : incision et drainage sus-pubien.
Obs. 13 : hystérectomie vaginale.
Obs. 14 : excision de la corne utérine malade.

Sauf un (Obs. 8). La malade présentait en outre une septicémie à streptocoque et à perfringens et elle mourut plutôt de cette affection, semble-t-il, que de son abcès utérin. L'état général était très mauvais déjà avant l'intervention.

2° Parmi les abcès rompus traités chirurgicalement :

3 évoluèrent vers la guérison (Obs. 1, 2 et 5) :

1, excision de la corne utérine malade.

2, hystérectomie abdominale totale.

5, hystérectomie abdominale subtotale.

3 se terminèrent par un exitus :

Obs. 3, péritonite généralisée, hystérectomie abdominale totale, état général très mauvais avant l'opération.

Obs. 4, péritonite généralisée, curettage de l'abcès, drainage abdominal.

Obs. 7, deux péritonites localisées, un abcès non rompu, mort par embolie pulmonaire, simple incision vaginale.

3° Tous les cas où l'on n'intervint pas furent suivis d'exitus (Obs. 10, 11, 12, 15 et 16).

Dans les deux derniers cas, il s'agissait d'abcès post-abortum ouverts dans l'utérus.

CONCLUSIONS

De cette courte étude, on peut déduire que l'abcès utérin, tant du post-partum que du post-abortum, n'est pas une exception.

1° Si peu de cas en ont été décrits, c'est que beaucoup n'ont pas été diagnostiqués. Nous avons vu en effet que le diagnostic n'en est pas toujours facile.

2° L'étiologie reconnaît deux causes principales, infection et traumatisme, réalisées l'une (seule bien souvent) dans le post partum et toutes deux au maximum au cours de l'avortement criminel.

3° L'étude de la pathogénie nous a appris que l'infection se propageait plus souvent par voie lymphatique que par voie sanguine et que les germes en cause étaient variés.

4° L'anatomie pathologique de l'abcès utérin puerpéral est compliquée. Tantôt unique, tantôt multiple, de volume essentiellement variable, il a pourtant un siège d'élection : les cornes utérines.

5° Les symptômes de l'abcès de l'utérus ne sont pas toujours nets et de constatation aisée. Nous avons pourtant vu que deux d'entre eux étaient d'une grande valeur diagnostique; ce sont :

a) Le symptôme douleur : douleur vive à point précis et fixe.

b) Les renseignements fournis par le palper et le toucher combinés sur l'existence d'une tuméfaction fluctuante et arrondie, très douloureuse, faisant corps avec l'utérus.

6° Abandonné à lui-même, l'abcès comporte un pronostic fatal. La mort survient le plus souvent soit par toxémie due à la résorption, soit par rupture : rupture qui se fait en général dans la cavité péritonéale. La péritonite consécutive à la rupture est d'un pronostic extrêmement sombre.

Une embolie pulmonaire emporte parfois la malade.

7° C'est précisément pour prévenir ces redoutables complications qu'il importe de faire un diagnostic précoce et d'intervenir dès que ce diagnostic est posé.

Les traitements de choix de l'abcès non rompu nous semblent être :

a) L'extirpation de la partie utérine malade toutes les fois que ce traitement conservateur sera possible.

b) L'hystérectomie abdominale subtotale dans les autres cas.

En présence d'une péritonite après rupture de l'abcès, l'ouverture de l'abdomen s'impose, avec excision des tissus malades ou exérèse de l'utérus (comme plus haut).

8° La meilleure connaissance des éléments du diagnostic de l'abcès utérin, la précocité de l'intervention, ont déjà amélioré et amélioreront encore le pronostic de cette affection.

Bibliographie

Alterthum. — Hegars beiträge zur Geburtshülfe und Gynaek., Leipzig, 1899, p. 54.

Anderodias. — Deux cas d'abcès puerpéraux de l'utérus. *Revue Mens. de Gyn. et Obst. de Paris,* 1910.

Anderodias et Loubat. — Un cas d'abcès de l'utérus avec thrombophlébite. *Revue Mens. de Gyn., d'Obstr. et de Péd.,* 1912, p. 428.

Auclair. — Suppuration de l'utérus. *Bull. Soc. Anat. de Paris,* 1893, p. 88.

Augustin. — Abcessus parietis uteri. Inaug. dissert., Leiden, 1893.

Ashford. — Metritis. Report of Colombia Hospital for Women. Washington D. C., 1873.

Astruc. — Theoret prakt. Abhandlungen von den Frauenzimmerkrankheiten. Dresden.

Bayer (Fr.). — Ein Fall von multipler Abcessbildung im puerperalen Uterus. *Monatsschrift f. Geb. und Gyn.,* 1910, p. 481.

Bakowski (F.). — Enorme abcès de l'utérus ouvert dans la cavité de l'utérus. Guérison. Traduit dans *Klin. Rundschau.* Wien, 1891.

Bar (P.) et Jeannin (C.). — Abcès de l'utérus. *Pratique de l'art des accouchements,* de Bar, Brindeau et Chambrelent, 1914, T. I, p. 595.

Barraws. — Intramural obscess of the uterus. *Amer. Journ. Obst.* New-York, 1911, p. 575, et *Journ. de Chirurgie de Paris,* 1911, t. 6, p. 709.

Barnes (R.). — Traité clinique des maladies de femmes. Traduction Fr. Masson, Ed. Paris, 1876, p. 340.

Bartholini (Th.). — Historiarum anatomicar rariorum curturio. Hafniae, 1654, p. 156.

Bates (J.-M.). — A case of intramural abcess of the Womb. *Med. Assoc.,* Portland, 1870, p. 159.

Behier. — Clin. 1864, p. 670.

Berry. — Case of uterine abscess in the uterus communicating whit the rectum. *The Lancet,* 1842.

Bell et Blair. — Thrombophlébite puerpérale avec abcès de la paroi utérine. *Journal of obst. and Gyn. of the Brith. Empire,* 1924.

Bird. — Case of abscess in the walls of the uterus. *The Lancet,* 1842.

Boedt. — Abscess of the uterus. *Procoding of the N. Y. Pathol. Soc.,* 1888, p. 89.

Bouamy. — De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë. Thèse de Paris, 1889.

Brausserwetter. — *Monatsschrift f. Geburtshilfe,* 1897, p. 534.

Brindeau. — Abcès de l'utérus. *Bull. Soc. Obstr. Paris,* 1901, p. 105.

Brouardel. — Thèse de Paris, 1865.

Brown. — Abscess of the uterus. *Dublin Journal of Medical Sciences,* 1834, p. 34.

Bronghton-Alcook. — Behandlung eines uterus absc. mit sensibilisierter bacillus proteus. *Vaccine Br. med.,* june 1914; ref. *Zeitbl. f. Gyn.,* 1915.

Buckingham. — A case of uterine abscess. *Tr. Colorado Med. Soc., Denver,* 1879, p. 77.

Budin. — *Société. d'Obst. de Paris.* Séance du 4 juillet 1901.

Bumm. — 13. Strassburger Gyn. Congress, 1909.

Cavazzani. — Grandi abcessi parenchimatosi dell utero atti del R. Instituto veneto di Scienze, 1897, t. 9.

Cerne. — Un cas d'abcès de l'utérus. *Normandie Médical.*

Champetier de Ribes. — Compte rendu soc. d'obst. et de péd. Paris, 9 mars 1903.

Champonnière (J.-L.). — Abcès de l'utérus chez une femme morte de péritonite. *Bull. de la Soc. Anat.* 1869, p. 1995.

— Lymphatique utérin et lymphangite utérine. Thèse Paris, 1870.

Chapman. — Abcès in the muscular walls of an unimpregnated uterus. *Med. and surgical reporter.* Thilard, 1862, p. 305.

Chassaignac. — *Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical.* Paris, 1859, p. 453.

Cheron. — Sos. Obst. de France, 1901.

Chome. — Leçons cliniques du jeudi soir.

Churchill. — *Traité des maladies de femmes.* Trad. Fr. Baillère et Fils, 1866, p. 322 et 733.

Ciabo. — Abcès de l'utérus. Un cas. *Ann. di Ostet.,* juill. 1930, pp. 725-738.

Clivi. — Storia di un vast acosesso uterino. *L'Ippocrato,* 1872, t. 22, p. 65.

Constantin et Mariell. — Abcès de l'utérus. Faut-il faire l'hystérectomie dans les abcès de l'utérus compliqués de salpingite. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.,* 1926, p. 562.

Cornil. — Anatomie pathologique des métrites. *Journal des Connaissances Médicales de Paris,* 1888, p. 107.
Courty. — Traité pratique des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes. Asselin et Cie, édit., Paris, 1881, t. 2, p. 801 et 906.
Cullingworth. — *Amer. Gyn. transactions,* 1893, p. 434.
Davis. — *Amer. Journ. of obstetrics,* 1895, t. 31, p. 155.
Delbet (P.). — Des métrites. *Traité de Chir.* S. Duplay et P. Reclus.
Depaul. — *Bul.. de l'Académie de Médecine,* Paris, 1864, t. 19, p. 638.
Dverderlein. — Die entzündungen der Gebärtmutter. *Veit's Handbuch der Gyn.,* 1901, Bund 62.
Dubrisay (L.) et Jeannin (C.). — Précis d'acouchement.
Edwards. — A case of puerperal mania and metritis terminating in abscess. *The Lancet,* 1885, t. 2, p. 385.
Erdart. — Réunion demi-mensuelle de la Polyclinique de Bruxelles. Rapportée dans *Jahresbericht f. Geb. und Gyn.,* 1912.
Feiner. — Untra mural abscess of uterus with report of case. *Amer. Journ. Obst. and Gyn.,* mars 1927.
Fischell. — W. uterus abszess bedingt durch partiel nekrose eines intramuralen fibromyoms. *Präger Med. Wochenschrift,* 1886, t. 11, p. 177.
Fitzpatrick (J.-R.). — Abscess of the uterus. *Med, Press and Cir.,* London, 1887.
Follin et Duplay. — *Pathol. Ext.,* Métrite parenchymateuse.
Franque (Otto von). — Abcès de l'utérus. *Sammlung klin. Vortrage,* 1901, n° 316.
Franz. — *Zeitschr. f. Geburst. v. Gynec.,* 1913, s. 1309.
Fritsch. — *Handbuch der Frauenkrankheiten von Billroth u. Luche.* T. I, p. 897.
— *Die Krankheiten der Frauen,* 1900, p. 188. Trad. franç. Maloine, édit., 1902.
Gallard. — Leçons cliniques sur les maladies de femmes. Paris, 1879.
Gendrin. — Histoire anat. des inflammations. Paris, 1879, t. 2, p. 206.
Gernez (Louis). — Les péritonites puerpérales généralisées des suites de couches. *Echo Médical du Nord,* numéros 11, 25, 34, 47.
Giovanni Guzzo. — *Bulletin Soc. Anat. de Paris,* 1847, t. 11, p. 33.
Gomoiu (V.), Platareanu (V.), Dimitriu (C.). — *Buccarest Spitatul,* 10 oct. 1936, p. 381.

GORDON. — *Venhandl. der deutschen Gesellschaft f. Gyn.*, 1909.

GRAMMATIKAT (J.-N.). — Les abcès de l'utérus.

GRASMUCK. — Appendicite avec abcès utérin chez une femme antérieurement ovariotomisée. L'appendicectomie prophylactique. *Zeitbl. f. Gyn.*, 1910.

GRONE. — Beiträge zur Kasuistik der Uterrusabscesse. *Verh. Obs. Gyn. Sket. d. Ges. Schwed. Aerzte Hygica.*, 1917-1918.

GROSSE. — Les grossesses compliquées de fibromes. Thèse de Paris, 1902.

GROSSE. — Biologie und Pathologie des Weibes. T. VIII.

GRUSS. — Sur les péritonites encapsulées. *Gyn. et Obst.*, n° 8, 1923, p. 41.

GUENIOT. — Origine autogène de certaines péritonites puerpérales. *Revue Franç. de Gyn.*, 617-621, oct. 1929.

HALBAN und SEITZ. — Intramuraler Uterusabsc., N. Y. *Med. Journ.*, T. I, mars 1913.

HALLER. — Abscess of the uterus Case. *Bull. et Mém. de la Société de Chir. de Paris*, avril 1929.

HAMANT et CHALNOT. — Un cas d'abcès de corne utérine droite. Réunion Obstét. de Nancy, 15-1-1936; Société d'Obst. et de Gyn. de Paris, mars 1936.

HARRIGAN. — Abcès intrapariétaux de l'utérus. *N. Y. Med. Journ.*, t. 97, n° 9, mars 1913.

HART et BARBOUR. . . *Manuel de Gyn.* Traduct. franç., 1886, p. 350.

HAUBTMANN. — Les abcès puerpéraux de l'utérus. Thèse Strasbourg, 1930.

HENCKEL. — Abcès paranéphrétique ouvert dans l'utérus avec coexistence d'une pyélonéphrite au cours du puerpérium. *Zentralblatt f. Gyn.*, p. 3206, 20 déc. 1930.

HENNIG. — Ueber einen Fall von Uterusabszess im Wochenbett. *Monatsschrift f. Geb. und Gyn.*, Bd. 33, Heft 3, S. 323.

HENTZCHEL. — Ueber Uterusabszess. Leipzig, 1901.

HERMANN (G.-E.). — Abcess apparently of uterine Wall; discharge throug umbilicus, *Obst. J. Gr. Brit.*, London, 1887, p. 452.

HERVEZ DE CHEGOIN. — Abcès dans l'épaisseur du fond utérin. *Soc. Imp. de Chir.*, 1858, p. 451.

HERVIEUX. — Traité de clinique et pratique des mal. puerpérales suites de couches. Paris, 1870.

HUSSON. — Abcès enkysté de la cavité utérine. *Bull. Société Anat.*, 1834, IX, p. 48.

JACOBI. — *Archives Médicales de Strasbourg*, I, p. 353, 1835.
JEANNIN et CHOME. — Diagnostic et traitement des péritonites puerpérales généralisées. *Bull. Acad. Méd. de Paris*, 14 mai 1935, t. 113, p. 627.
KALTENBACH. — *Centralblatt f. Gyn.*, 1885, p. 677.
KELLER. — Comment opérer la péritonite puerpérale. *Bulletin Soc. Gyn. Obst.*, mars 1929.
KIRKPATRICK. — Abcès de l'utérus s'ouvrant à travers l'ombilic. *The Dublin Jour. of Med. science*, EFFB, II, p. 152.
KNIPE (W.-H.-W). — Multiple puerperal abscesse of the uterus. *Amer. Journ. of Oobst.*, 1911.
KNOOP. — Uterus abscess. Metritis dissecans. *Niderlandsch., Tizdschr.*, 1917.
KUSS. — Abcès de l'utérus. *Bull. et Mém. de la Soc. Obst et Gyn. de Paris*, 1895, p. 502.
— La gynécologie, 13e année, Paris, déc. 1906, p. 501.
LADOS. — Abcès développé dans le tissu utérin. *Ann. d'obst. et Gyn.*, et *Gazette Méd. de Paris*, 1839, p. 605.
LAFONT et ESES. — Essai de thérapeutique des infections du post partum et post abortum. *Bull. Soc. Gyn. et Obst.*, n° 8, octobre 1932, p. 525.
LEA. .. *The Journal of Obst. and Gyn., of the Brit. Empire*, 1904, p. 159.
LE LORIER. — Rétention cotylédonnaire post partum. Infection et hémorragies utérines. Extraction du cotylédon. Abcès de la paroi utérine. Hystérectomie. *Bull. Soc. Gyn. et obst. Paris*, n° 4, avril 1936.
LEOPOLD. — Zur Operation Schwerer parametrischer Exsudate und des Uterusabszesse, *Sitz der Gyn. Geselsch. zu Dresden*, 1910. *Ztbl. f. Gyn.*, 1911.
LEVY-SOLAL et LOUVEL. — Sur un nouveau procédé de traitement des infections péri-utérines. *Bull. Soc. d'Obst. et Gyn. Paris*, décembre 1927, p. 713.
LIFVENDAHL. — Abscess of the uterine Hysterectomy Recorvery. *Am. Journ. Obst. and Gyn.*, janv. 1932, p. 97.103.
LONDE — *Bull. Soc. Anat. de Paris*, 1856.
MACDONALD. — Report of a case of metroperimetritis ending in abscess of the uterus. *Edimburgh Med. Journ.*, 1880, p. 874.
MARTINEAU. — Traité clin. des maladies de l'utérus. Baillère, éditeur, Paris, 1878.
MAURICEAU. — Obs. sur la grossesse et l'accouchement des femmes. Paris, 1728, p. 211.
MERON. — Uterusabscesses puerperalis. *Soc. d'Obst. de Paris*, 1902.

Mercade-Salva. — Les abcès de l'utérus. *Ann. de Gyn. et Obst.*, Paris, 1909, V, p. 29.

— Kystes et abcès de l'utérus. Thèse Paris, 1905-1906.

Metzger et Marmasse. — Traitement de l'infection puerpérale post-partum. *Presse Médicale*, n° 79, 20 oc. 1926.

Meyer-May et Fonthat-Tung. — Abcès de la paroi utérine. Un cas. *Bull. Soc. Méd. Chir. de l'Indochine*, 15 février 1937.

Miquel. — Contribution à l'étude du traitement des péritonites puerpérales diffuses, par le drainage abdomino-vaginal. Thèse Lyon, 1928-1929.

Mondor. — Les avortements mortels. Masson et C^ie^, éditeurs, Paris, 1936.

Motte (De la). — Traité complet des accouchements naturels, non naturels et contre-nature. Paris, 1765.

Murat. — Dict. des sciences médicales par une soc. de méd. et de chir., 1819.

Murphy. — Abscess of the uterus. *West Lancet Cincin*, 1848 VII, p. 199-204.

— Abscess of the uterus. *West Lancet Cincin*, 1852, XIII, p. 215-221.

Nivert. — Abcès du fond de l'utérus. *Bull. Soc. Anat.*, 1862, p. 168.

Noble. — Report of four cases of abscess of the uterus. *Amer. Journ. Obst.* N. Y., 1898.

— Intramural abscess of the puerperal uterus. *Journ. of Am. Med. Ass.*, 2, 1907.

Orth. — Lehrbuch der Spec. Path. Anat., p. 441.

Ottow (B.). — Rupture into bladder of abscess formed on uterine wall after enucleation of myoma. A case. *Zentralbl. f. Gyn.*, 1930, p. 54, 267-270.

Pavrose. — Bilateral abscess of the uterus wall. *Am. Journ. of Obst.*, 1896, p. 673.

Perret. — *Cité par Bumm.*

Pichevin. — Abcès de l'utérus. *Soc. Obst. et Gyn. Paris*, 1895.

Pichevin et Pettit. — Sur les abcès de l'utérus. *Soc. Gyn. de Paris*, 1896, I, p. 133.

Picque. — Abcès d'origine puerpérale dans la paroi d'un utérus fibromateux. Hystérectomie. Guérison. *Bull. Soc. Obst. de Paris*, 1905, p. 323.

Pielsticker-Mulhauser. — Ein Fall von Uterusabscess mit Durchbruch in die Bauchöle. Bonn, 1916.

Poulain. — Abcès de l'utérus et sigmoïdite. *Gaz. Méd. de Picardie*, n° 95, 1931.

Pozzi. — Traité de gyn. clinique et opératoire, p. 150.

RAUCHENBERGER. — Ueber Metritis dissecans und Uterusabscess. 1914.
RECLUS. — De l'infection tuberculeuse par voie génitale. *Gaz. Hebd. de Méd. et de Chir.*, 1885, p. 134.
REEB. — *La gynécologie*, T. 22, p. 497.
RENOLDS. — Pyometra. *Amer. Journ. Obst.*, N. Y., 1894, p. 195.
RICHELOT. — Chir. de l'utérus. Paris, Doin édit., 1902.
RICKETTS. — Abscess of the uterus. *The Cincin. Lancet.*, 1898.
RIOTTE. — *Revue Française de Gyn. et d'Obst.*, 1923, p. 609.
RISCH. — Metritis dissecans and uterusabscess. *Med. Klin.*, 1911, n° 2-5.
ROY (J.-E.). — Les collections suppurées de la paroi utérine. Thèse Paris, 1913, 1914.
SABADINI. — Traitement des pyosalpinx rompus en péritoine libre avec péritonite généralisée, par la méthode conservatrice. *Presse Méd.*, août 1932.
SAMPSON. — Abcès intrapariétaux de l'utérus puerpéral. *Am. Journ. of Obst.*, VI, 1910.
SAUVE (A.). — Abcès puerpéraux de l'utérus. Thèse Bordeaux, 1907-1908.
SAXINGER. — Ueber Krankheiten des Uterus. *Prager Vierteljahrsschrift*, 1865.
— Lehrbuch der Krankheiten der Weibl. Sexualorgane. Wien, 1875.
SCHNEIDER. — Zur Path. des Puerperalfiebers seltener Localisation des Interuterinalabscesses. *Zeitschrift f. Geb. und Gyn.*, Berlin, 1928.
SCHWARTZ. — Sur un cas d'hystérectomie abdominale totale secondaire pour un abcès du parenchyme utérin. *Revue générale de Clin. et Thérap.*, Paris, 1897.
SILVA. — Sugli ascessi traumatici dell utero. *Arch. di Ost. e Gyn.*, 1927.
SMIRNOFF. — Abcess i utri. Finska läk. Sallskhandl. Helsingfors. 1873.
STEFFECK. — *Zentralblatt f. Gyn.*, 1905, p. 1107.
STEIN. — Abscess of fibroid uterus; perforation into the general peritoneal cavity. *Journ. of Amer. Ass.*, 1923.
STIRTON. — Posterior abscess uterin. *Glascow Med. Journ.*, t. 16, p. 1881.
STORRER. — Abscess confined to the uterine parietes. *Boston Med. and Sing. Journ.*, 1864.
SUZOR. — Contribution à l'étude des péritonites puerpérales généralisées des suites de couches. Thèse Paris, 1928.
TISSIER. — Hystérectomie abdominale. *Bull. Soc. de Méd. de Paris*, 1902, V. p. 145.

TOMASELLI. — Un cas d'abcès de l'utérus. Traitement opératoire. *Arch. Di Ost. e Gyn.*, avril 1930, p. 198-206.
TORRANCE. — Uterus abscess. *Journ. of Amer.*, 1908.
TRANCU-RAINER. — Abcès de la portion vaginale de l'utérus. *Zentralblatt f. Gyn.*, Juin 1930, p. 1422-1425.
TURENNE. — Abcès de l'utérus. *La Gynécologie*, Paris, 1908. p. 105.
VAUCOURTLAND. — Case of abscess of the uterus. *Canada Med. Journ.*, Montréal, 1852.
VINEBERG. — Frommelsjahresbericht über die Fortschritte, in *Geburstthilfe und Gyn.*, 1904.
VIRDIS. — Contribution casistico alla conescenza degli ascessi del utero. *Ann. di Ost. e Gyn.*, Milan, t. 44, n° 12, décembre 1927.
WAGNER. — Uterusabscess nach Appendicitis. *Zentralblatt f. Gyn.*, 1916, p. 30.
WEIL. — *Lyon Médical*, 1888, t. 59, p. 92.
WENZEL. — Ueber die Krankheiten des Uterus.
WILMOTH. — Les abcès de l'utérus. *Gyn. et Obst.*, t. 19, n° 3, mars 1929, p. 217.
ZIEGLER. — Lehrbuch der Path. Anat., 1890, t. 2, p. 805.

Vu :
Nancy, le 4 Juillet 1938
Le Président de Thèse,
HAMANT

Vu et approuvé :
Nancy, le 6 Juillet 1938
Pour le Doyen de la Faculté de Médecine,
l'assesseur :
JACQUES

Vu et permis d'imprimer :
Nancy, le 7 Juillet 1938
Le Recteur de l'Académie,
BRUNTZ
Président du Conseil de l'Université.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction..... 7
Généralités sur les abcès utérins..... 9
Historique..... 11
Etiologie..... 14
Pathogénie..... 17
Anatomie pathologique..... 18
Symptômes et diagnostic positif..... 23
Evolution. — Complications..... 26
Diagnostic différentiel..... 33
Traitement et pronostic..... 37
Observations..... 45
Résumé des observations. — Statistiques..... 66
Conclusions..... 69
Bibliographie..... 71

Errata

Page 24, ligne 29, lire : *Quels sont ces Symptômes ?* — Au début du moins, *au lieu de* : Au début du mois.

Page 33, ligne 23, lire: d'une masse fluctuante plus latérale et plus élevée, que, *au lieu de*: une masse uctuante.